

Kapocs

A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet folyóirata

IV. évf. 3. szám 2005. június

Regionális helyzetelemzésekről

2

Észak-Alföld régióról

8

Dél-Dunántúl régióról

20



Az iskolai drogprevencióról

54

Az európai gyerekszegénységről

62

18

www.kapocs.hu

Herpainé Márkus Ágnes

Regionális szociálpolitikai helyzetelemzések

A helyzetelemzések kidolgozásának módja és szerkezete

Az Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium elődje, az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium a Regionális Szociálpolitikai Tervezési és Fejlesztési Hálózat keretében kezdte meg a 2007-2013 között várható európai uniós fejlesztési források tervezésére irányuló munkát. A 2003-ban indult program irányítója – a közben változó kormányzati struktúrában – mindvégig a jelenlegi Fejlesztés-koordinációs Főosztály (Oross Jolán vezetésével), a feladatok elvégzésére az NCSZI Szociálpolitikai Osztályának Regionális munkacsoportja (Gyuris Tamás, Herpainé Márkus Ágnes, Sarlósi Tibor, valamint Haraszi Adrienn) és a regionális szociális forrásközpontok kaptak megbízást. A program első időszakában – ez év elején zárulón – olyan, a hét statisztikai tervezési régióra irányuló, kistérségi szintű elemzést lehetővé tevő helyzetelemzések készültek, amelyek többféle céllal hasznosíthatók. Egyrészt kísérlet történt a széles értelemben vett, tehát a szociális és a gyermekvédelmi törvény alá tartozó szociális ellátórendszer minden szegmensére kiterjedő és az Európai Unió által elfogadott területi szintre reflektáló dokumentum kidolgozására. A helyzetelemzések egyik célja, hogy felhívjuk a területfejlesztéssel foglalkozó szakemberek figyelmét a szociális ágazat területi kiépítetlenségének a társadalmi hátrányokat területi hátrányokkal súlyosbító hatására. Másik célja a szociális – majd az esélyegyenlőségi tárca – számára olyan kiinduló pont biztosítása, amely lehetővé teszi a területi szintű elemzést a társadalmi kirekesztődés egyes dimenzióinak, valamint az ellátórendszer kiépültségének, illetve kiépületlenségének a hozzáférés, térbeli elérhetőség és ésszerű működtethetőség figyelembevételével. Ez utóbbi megközelítés lehetőséget teremthet arra, hogy a térben egyenlőtlenül kiépült közszolgáltatások fejlesztése ne csupán mint ágazati kihívás, hanem mint területfejlesztési, területi kiegyenlítést szolgáló fejlesztési terület fogalmazódjék meg. Tekintettel a várható uniós fejlesztési források ilyen irányú célzottságára, e megközelítés a szociális terület számára rendelkezésre álló pénzüsszegek megnövekedését segíthetik. Segíthetik, abban az esetben, ha kimutathatóak a térszerkezethez, a településstruktúrához és a területi hátrányokhoz kapcsolódó társadalmi hátrányok mérséklését célzó elemek, illetve ha működnek a hátrányok enyhítésére hivatott intézményrendszerek. Mindezek együttesen hozzájárulhatnak egy, az első Nemzeti Fejlesztési Tervben perifériára szorult témakör új

megvilágításba helyezéséhez, és nem csupán az új, kirekesztődés elleni politikák oldaláról erősíthető a szociális és esélyegyenlőségi fejlesztések melletti érvelés.

Az elkészült anyagok felhasználhatók a szociális szolgáltatástervezési koncepciók kidolgozásához, az ágazatból feltűnő módon hiányzó stratégiai tervezéshez, fejlesztési célok meghatározásához, másodelemzéssel további helyzetértékelések készítéséhez, kistérségi programozáshoz, pályázati és fejlesztési programok megírásához, az ágazatot érintő kutatási programok hipotéziseinek felállításához stb.

A helyzetelemzésben a következő témák köré csoportosítva mutatjuk be az egyes régiókat:

- társadalmi-gazdasági helyzetkép,
- a régió szociális helyzetét és a társadalmi kohéziót meghatározó körülmények,
- kirekesztődés,
- településszerkezet-közigazgatás-szociális igazgatás, ellátás,
- a régió szociális ellátórendszere,
- a szociális ellátórendszer helyzete ellátási területenként,
- innováció a szociális szférában.

A helyzetelemzés több pillérrre támaszkodó információgyűjtésre épült:

- Központi Statisztikai Hivatal adatai,
- a régióról már elkészült dokumentumok (helyzetelemzések, szociális szolgáltatástervezési koncepciók),
- az egyes témákkal adekvát tanulmányok, szakirodalmak,
- célzott kérdőíves felmérés,
- a szociális, a non-profit, az oktatás és a munkaügy területen dolgozó szakemberektől, intézményektől, szervezetektől kapott információk,
- műhelybeszélgetések szervezése a régióban dolgozó szociális szakemberek részvételével,
- internetes honlapok, stb.

Elemzésünk elkészítésekor törekedtünk arra, hogy kistérségi bontásban mutassuk be a régiók szociális helyzetét, a szféra jellemzőit, az ellátórendszer kiépültségét. Ennek kivitelezhetősége

azonban annak függvénye volt, hogy adott szociálpolitikai kérdésben milyen területi szinten álltak rendelkezésre elemzésre alkalmas adatok. Az előző indokok alapján néhány témában csak megyei, illetve régiós láttelet készítésére nyílt módunk. E munka azonban pontosan körvonalazta azoknak az információknak a körét, amelyek gyűjtése jelenleg nem megoldott, ezeknek a hiányzó adatsoroknak a későbbiekben a KSH általi rendszeres lekérdezése a jövőben lehetővé válhat. A legtöbb adat a 2002-es, illetve az 1998-2002 közötti állapotokat mutatja be, néhány témában pedig kizárólag a népszámlálási adatokra alapozva készült elemzés.

A helyzetelemzések legfőbb megállapításai

A helyzetelemzések annak a felismerésnek a további területi pontosítására adnak módot, amelyet a legutóbbi idők szegénységkutatásai már jeleztek: a társadalmi egyenlőtlenségek egyik jelentős dimenziója a területi hátrány. Az utóbbi években komoly szegénységkockázatot jelentett, ha valaki munkanélküli, sokgyermekes család tagja, roma, fogyatékossgal élő, kis településen vagy Észak-Magyarországon él. A regionális elemzések ezt a tapasztalatot olyan módon finomították, hogy az ország egyes vidékein jellemzőbb kistelepüléssel, aprófalvas, kisvárosias, tanyás szerkezet a szegénység koncentrációját mutatja. A városok jobb mutatói azonban elfedhetik az ott található, rosszabb helyzetű városrészek szegénységi gócait – erre a tanulmányok a különösen „veszélyeztetett területek” kiemelésével hívják fel a figyelmet. Láthatóan a területi hátrányok fokozzák a kirekesztődés veszélyét, amihez hozzájárul a kistelepüléseken – falvakban és kisebb városokban – az ellátórendszer alacsonyabb fokú kiépültsége vagy kevesebb szakemberrel történő működtetése. A falvak és a városok azonban semmiképpen nem tekinthetők homogén masszának: megközelítésünk segítségével rámutattunk azokra a területekre az országban, ahol eltérő beavatkozások és fejlesztések szükségesek az egyes vidékek számára.

A szegénység és kirekesztettség „arcai”

A regionális helyzetelemzések készítése során egységesen, az ország valamennyi kistérségére vonatkozóan, feldolgoztuk az ágazat számára rendelkezésre álló adatokat. A táblázatok lakosságszámra, illetve az érintett népességre (gyerekek, idősek, stb.) vetítve, tehát egymással összevethető módon kerültek feldolgozásra. A nem csupán statisztikai adatokra, hanem az adott térségben működő módszertani intézmények munkatársaival, gyakorló szakemberekkel,

kutatókkal, innovatív civil szervezetekben tevékenykedőkkel közösen bonyolított műhelybeszélgetések megállapításaira építő elemzések rávilágítottak azokra a területileg megragadható, jellemző különbségekre, amelyek legfőbb, a kirekesztődés eltérő mozzanataira rámutató elemeit a következőkben ragadhatjuk meg.

1. táblázat

A szegénység regionális "arcai"

Régió	Jellegzetességek
NYD	„Gazdagabb” települések „rejtőzködő” szegények, kisvárosias-aprófalvas térségek lakói, kisnyugdíjból élők
KD	A fő fejlődési sávoktól távol eső kistérségek apró településeinek, belső zárványainak lakói
KM	Lakhatásukban veszélyeztetettek, egyedülálló, aktív korú inaktívak, leszakadó térségek és slumok lakói, „ öslakosok ”
ÉM	Ipari munkahelyek rokkant-nyugdíjasai, gettósodó térségek (különösen a Cserehát) lakói, legális munkát nélkülöző emberek
ÉA	Alacsony iskolázottságú, aktív korú (második generációs) inaktív emberek, szegénységi zárványok lakói
DA	Idősek , tanyán élők, rossz egészségi állapotú , alacsony iskolázottságú, mentális, pszichés problémákkal küzdők
DD	Apró- és zsákfalvak , gettósodó kistérségek (különösen az Ormánság), slumok lakói, aktív korú inaktív emberek és családjaik, gyerekeik

Ezeket a különbségeket térképek formájában is megmutatjuk. Kísérletet tettünk arra, hogy – nyilvánvalóan továbbgondolandó, finomításra szoruló mutatók mentén – új, a területfejlesztésben használt tipológia szerint társadalmi-gazdasági szempontból hátrányos helyzetűnek nevezett kistérségeket tovább elemezhessük.

Az első térkép a gazdasági helyzet komplex mutató (adófizetők aránya a lakónépességen belül, a háztartásban élő foglalkoztatottak aránya, és a társas vállalkozások ezer főre jutó száma) alapján jelzi a területi hátrányokat. A kistérségeket kvintillisekre osztva, a legsötétebb

területek jelzik a legrosszabb helyzetű térségeket. A finomításra váró mutatóba azért csupán a társas vállalkozások kerültek, mert elsősorban ezen vállalkozási formáknak jelentős a munkahelyteremtő hatásuk, hiszen köztudott: az egyéni vállalkozások egy jelentős hányada kényszervállalkozás, alkalmazott foglalkoztatására nem alkalmas.

Némileg más képet mutat, ha a „Jövedelmi helyzet komplex mutató” (egy főre jutó befizetett SZJA, rendszeres szociális segélyben részesülők aránya a lakónépesség ezrelékében, és a kiegészítő családi pótlékban részesített családok aránya az összes családon belül) alapján tipizáljuk a kistérségeket. Itt igyekeztünk olyan elemeket felhasználni, amelyek a szegénységre utaló, jól célzottak tekinthető, normatív pénzügyi ellátásokat is tartalmazzák. Láthatóan – ha kis mértékben is, de - a gazdasági és jövedelmi szempontok szerint rendezve a térségeket, vannak különbségek.

Ha a „Lakókörnyezet, lakhatás komplex mutató” alapján készült 3. térképet tekintjük, képszerűen is láthatóvá válnak az egyes szegénységtípusok (lakhatási, jövedelmi, stb.) eltérései, területi megjelenéseinek differenciái.

A szociális problémák halmozódását mutató kistérségek valamennyi régióban – bár különböző arányban – megtalálhatóak, jellegzetesen az

- aprófalvas és/vagy
- zsáktelepülésekkel jellemezhető és/vagy
- tanyás és/vagy
- városhiányos és/vagy
- funkcionális városhiányos területek
- valamint a fő fejlődési „sávoktól” távol eső vidékek tekinthetőek nehéz helyzetűnek.

Már az eddigiekből is kiviláglik, hogy eddig figyelmen kívül hagyott kihívások körvonalazódnak a szociális és gyermekvédelmi ellátórendszer számára. Megjelennek a

települési hátrány – szociális migráció – szociális ellátatlanság területei, az adott régióra jellemző települési hátrányok hatásai mérséklésének, illetve a jellegzetesen a településszerkezethez illeszkedő intézményrendszer működtetésének, valamint a legalább mikrotérségi szinten szerveződő szakmai hálózatok életre hívásának szükségessége. Különösen, ha összevetjük a következő, 4. térképpel.

A „Népesség összetétele komplex mutató” (60 évesnél idősebbek, 0-14 éves gyermekkorú népesség és a roma népesség aránya a lakónépességben, az általános iskola 8 évfolyamát el nem végzettek a 15-X korú, az egyetemi, főiskolai stb. oklevéllel rendelkezők aránya a 25-X korú népességben belül, a természetes szaporodás/fogyás, a vándorlási különbözet a lakónépesség ezrelékében) alapján körvonalazni próbáltuk a társadalmi hátrányok szempontjából kiemelt figyelmet igénylő csoportok térbeli koncentrációját. A mutató itt sem tökéletes, korántsem, ám sok kistérségről elmondható: mind a négy térképen sötét színű lett, ami komoly problémákat jelez. És semmiképpen nem csak a köztudottan rossz helyzetűnek tekintett Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön. Megjelennek a Dél-Dunántúl problémái, mint azon régió, amely a leginkább aprófalvas, legtöbb zsáktelepüléssel bír, s amely a régiók között szinte egyedülként az elmúlt évek során se nem javított helyzetén, sem nem stabilizálódott, mint az Észak-Magyarországi és Észak-Alföldi, igen rossz helyzetű régiók, hanem egyértelműen hanyatló tendenciát mutat a gazdasági mutatók, életkörülmények mentén!

Az ellátórendszer „válaszai”

Amikor a kirekesztettség, szegénység, társadalmi hátrányok témakörét vizsgáljuk, nem tekinthetünk el attól, hogy megnézzük: a szociális ellátórendszer fejlettsége, kiépültsége, a szakember-ellátottság mennyire illeszkedik a problémák megjelenési formáihoz, léptékéhez. Vizsgálódásaink során – kistérségi és regionális léptékben egyaránt – olyan jellegzetességeket tudunk kiemelni, amelyek az egyes területek esetén egymáshoz, illetve az országos átlaghoz viszonyítható módon eltéréseket mutatnak.

2. táblázat

Az ellátórendszer regionális "válaszai"

Régió	Jellegzetességek
NYD	Észak felé egyre kiépületlenebb ellátások, a létezők kevesebb szakemberrel, nagyobb leterheltséggel működnek. Kisvárosokban a hiányzó szakellátások miatt alap- és szakellátás egymásnak feszülése
KD	Gyenge szakma(köz)i együttműködések, kevés innováció, folyamatos kapacitáscsökkenés, a területi zárványokban is
KM	Pest megye/Budapest egyensúlytalanság, szuburbanizálódásra érzéketlen, központos ellátórendszer
ÉM	Ágazat-orientáltság mellett „elúszó” infrastruktúra/gazdaság-fejlesztő közpénzek, „kiépült” ellátórendszer, kevés társulás
ÉA	Erősen idősellátás-orientált, több térségben a szakember-ellátottság csökkenő, kevés településközi együttműködés
DA	Az országoshoz képest magasan kiépült ellátórendszer, idősellátásra épülő intézmények, jó szakképzettségi, ellátási mutatók – a tanyákon élőket azonban kevéssé érik el
DD	Kiépületlen alapellátások, a kistelepülések arányához mérten különösen alacsony társulási hajlandóság, a leginkább leszakadó térségekben legkevesebb az intézmény és a szakember, de: kiépült falugondnoki rendszer, ágazatközi innovációk

Nem csupán regionális eltéréseket ragadhatunk meg, hanem a sokkal „földközeli” kistérségi szinten is láthatóak eltérések – ezt mutatja az 5. térkép.

Az "Ellátórendszer komplex mutató" a következő adatok alapján készült: bölcsődékbe beíratott gyerekek száma gyerekszámra vetítve, a gyermekjóléti szolgálatok foglalkoztatottainak száma a népességre vetítve, a családsegítő szolgáltatásokat igénybe vevők a lakónépességhez viszonyítva, a szociális alapellátás keretében étkezésben, házi segítségnyújtásban részesülők, a nappali ellátást nyújtó idősök klubjainak szolgáltatásait igénybevevők száma a 60 éven felüliekre vetítve, és alap és nappali ellátásban 10 ezer lakosra

jutó foglalkoztatottak, valamint a komplex szakember ellátottsági mutató. A térképen sok, talán meglepő elemet fedezhetünk fel. Egyértelműen körvonalazódik Pest megye hátránya – amit a főváros közelsége miatt az eddigi fejlesztések is figyelmen kívül hagytak, jól látszik a Kelet-Magyarországra irányult eddigi erőfeszítések és fejlesztések hatása, azonban pl. Dél-Dunántúl e térképen is sötét foltnak tekinthető, és ellátási hiányokat jeleznek a jobb helyzetű nyugati régiók területi zárványai, rossz helyzetű kistérségei.

A „Kirekesztettség és ellátórendszer összetett mutatót” az összesített kirekesztettségi és a komplex ellátórendszer mutatók összevetésével készítettük. A társadalmi kirekesztődés térbeli koncentrálódásának és az ellátórendszer kiépültségének ellentmondásait is mutatja ez a térkép, ahogyan valamennyi régiós elemzésünk felerősíti és hangsúlyosan rámutat olyan hiányokra, amik alapvetően a szociális ágazat belső, strukturális és szakmai ellentmondásainak tekinthetőek. Ezeknek az ellentmondásoknak és gátaknak a köréből, amelyek a megfelelő célzást és hatékonyságot csökkentik, kiemelhetőek a következők:

- A szociális ellátórendszer végletesen decentralizált – csak települési szinten „gondolkodik”.
- A szabályozás településnagysághoz, nem kistérség-típusokhoz köti az ellátási kötelezettséget.
- Sok helyütt abszurd viszony keletkezett az ellátási igények és az intézményrendszer kiépültsége és szakmai felkészültsége között.
- Jellegzetes eltérések tapasztalhatóak a fejlődő és leszakadó régiók döntéshozóinak, sőt gyakran szakembereinek szociális probléma-érzékelése között.

Elemzéseink eredményeként tehát az eddigi ágazati logikát némiképp meghaladni képes fejlesztések szükségessége körvonalazódott.

A régiók analízise alapján néhány, eddig komoly kétséggel fogadott megközelítés alapvetően megerősítést nyert:

- A statisztikai-tervezési régiók lehatárolása követi a településszerkezet eltéréseit.
- A szegénység koncentrálódása nem független a településszerkezettől.

- A szociális ellátórendszer kiépültsége azonban érzéketlen a térszerkezet eltéréseire. Mindezekből következően megkockáztatható az a kijelentés, hogy a szegénység kezelésének megoldási kísérletei regionális szinten megközelíthetőek. Világossá vált továbbá: az, hogy a szociális törvény eleddig településnagyság mentén írta elő az ellátási kötelezettségeket, önmagában hozzájárult ahhoz, hogy egyes térségekben az ellátórendszer kiépítetlen maradt. E kijelentés mögött egyszerű adatok elemzése húzódik. Ilyen például, hogy a jelenlegi 168 statisztikai kistérségből csupán 142 kistérségben van 10 ezer fő feletti, és 63-ban található 20 ezer fő feletti város. Azaz a kistérségek nem sokkal több mint harmada esetén várhatjuk el a 10 ezres nagyságrendű várostól a kiépültebb ellátásokat, és e térségek jellegzetesen a Dél-Dunántúl, Észak-Magyarország és Nyugat-Dunántúl rosszabb helyzetű vidékeit jellemzik!

A Kapocs egymást követő számaiban megjelenő hét regionális helyzetelemzés ezeket a kissé talán túl határozottnak tűnő kijelentéseket bontják ki.

A sorozat végén ismertetjük a Regionális Tervezési és Fejlesztési Hálózat munkatársai, együttműködő szakemberei által megfogalmazott fejlesztési elképzeléseket, amelyek a feltárt hiányokra adható, a területi adottságokra tekintettel lévő lehetséges válaszokat is megmutatják.

Szabó Beáta

Észak-Alföld régió szociális helyzetének elemzése

A régió fő jellemzői szociális szempontból

A régió sajátossága, hogy a szociális ellátórendszer kiépítése szempontjából optimális lakosságszámú és nagyságú települések alkotják. Problémát jelent, hogy bár magas a városodottság foka, a városok területi fejlesztésben játszott szerepe nagyon változó. Túlsúlyban vannak a központi funkcióval nem rendelkező városi jogállású települések, melyeknek nincs fejlődésgeneráló hatásuk.

Számos külső (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye aprófalvas, ukrán-román határ menti területein) és belső (Közép-Tiszavidéken, Tiszántúlon) perifériás település található a régióban, melyeknek kedvezőtlenek a közlekedési adottságaik.

A szociális ellátórendszer kiépítésében a települések zárványjellege is súlyos problémát jelent, különösen azért, mert ezek a területek a társadalmi kirekesztődéssel sújtottak. A rendszerváltozás után a gazdasági struktúraváltás következtében az itt élők tömegesen veszítették el munkahelyüket, sokan kiestek az oktatási, egészségügyi és szociális ellátórendszerből.

A népesség összetételében Magyarországon belül az Észak-Alföldön a legmagasabb a roma lakosság aránya (különösen Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében), akiket a szegénységi tényezők közül a települési és az etnikai hátrányok egyaránt érintenek.

Az előző jellemzőkkel összefüggésben ezen perifériális területeken élők szegénysége az országoshoz képest magas, melyre a szociális ellátórendszer nem minden esetben tud reflektálni: az ellátások elsősorban az idősekre koncentrálnak, a többi társadalmi csoportról való gondoskodás kisebb hangsúlyt kap. (A családsegítő szolgáltatások kiépítettsége alacsony, a fogyatékkal élők, hajléktalan emberek, pszichiátriai és szenvedélybetegek nappali, átmeneti és rehabilitációs intézményei részben, vagy egyes területeken teljes egészében hiányoznak a régióban).

A régió lakosságának iskolai végzettsége minden mutató esetében elmarad az országostól; itt a legmagasabb a nyolc általános iskolai osztályt sem végzettek száma az országban, annak ellenére, hogy az oktatás intézményrendszere megfelelően kiépült.

Észak-Alföld lakosságának egészségügyi helyzete szinte valamennyi dimenzióban jóval alatta marad az országos átlagnak, kiemelkedően magas a tbc-ek és az öngyilkosságok száma. Megfelelő prevenciós intézkedések foganatosítása és az intézményrendszer fejlesztése hiányában a lakosság egészségi állapotának javítása nélkül további romlás várható.

A foglalkoztatottsági struktúra kedvezőtlen, magas az inaktívok és az eltartottak aránya.

A rossz foglalkoztatottsági, iskolázottsági és egészségügyi helyzetet mutatja és annak következménye a segélyezettek kiemelkedően magas száma a régióban.

Társadalmi-gazdasági helyzetkép

Földrajzi helyzet, településszerkezet

Az észak-alföldi régió az ország második legnagyobb kiterjedésű régiója, az Alföld, mint nagytáj északkeleti harmadát foglalja magába, területe 17 729 km². A régiót Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye alkotja.

Az észak-alföldi régióban 389 település található, kétharmaduk Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. A régió az ország egyik legvárosodottabb területe, a települések közel egyhatoda város. Ugyanakkor a városok területi fejlődésben játszott szerepe térségenként változó. A régióban túlsúlyban vannak a városhierarchia alján lévő települések, ugyanakkor hiányoznak a középvárosok (az ország 25 ilyen városa közül egy, Jászberény található a régióban). A kisvárosok száma az országos átlagnak megfelel, viszont a városias jellegű és a központi funkciókkal nem rendelkező városi jogállású települések aránya jelentősen meghaladja az országos értéket. A községek átlagos népességszáma a következő: Hajdú-Biharban 2170 fő, Jász-Nagykun-Szolnok megyében 2326 fő és Szabolcs-Szatmár-Bereg

megyében 1489 fő. Az 1774 fős régiós átlag az átlagos községi népességszám tekintetében Közép-Magyarország régió után a második legnagyobb hazánkban. Ez a szám jól mutatja az óriásfalvak dominanciáját a régióban. Az előző adatokból is kirajzolódik, hogy a régió két megyéjének – Jász-Nagykun-Szolnok és Hajdú-Bihar megye – településszerkezete a szociális alapellátások szervezése szempontjából optimálisnak tekinthető.

A régiót 27 kistérség alkotja, ezek között – az országban egyedülként – nem található dinamikusan fejlődő térség.

Az Észak-Alföldön nagy kiterjedésű külső (a román és ukrán határ mentének aprófalvas területei) és belső (Jász-Nagykun-Szolnok megyében a Közép-Tiszavidék) perifériás területek találhatók.

Demográfiai helyzet

A 2001. évi népszámlálási adatok szerint a régió lakosainak száma 1 559 000 fő volt, a legnépesebb megye Szabolcs-Szatmár-Bereg, a legalacsonyabb népességszámot pedig Jász-Nagykun-Szolnok megyében találjuk.

Az Észak-Alföld születési és halálozási rátája kedvezőbb képet mutat, mint az ország többi régiójáé. Fontos azonban megjegyezni, hogy az 1000 lakosra jutó élve születések nagyobb aránya önmagában nem jelent előnyt a régióknak, hiszen a magas születésszámmal jellemezhető kistérségekben a legsúlyosabbak a társadalmi-gazdasági hátrányok. Ezeken a területeken számos esetben a mélyszegénység újratermelődésének lehetünk tanúi. A megyék és a kistérségek között azonban jelentős területi különbségek mutatkoznak a demográfiai mutatók alakulásában is. Az 1000 főre jutó élve születések száma Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legmagasabb – ezen belül a Kisvárdai kistérségben, ahol 13,1 élve születés jut 1000 lakosra –, a halálozások száma pedig Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legtöbb, a megyei arány 13,9 fő/1000 lakos. Az 1990-2001-es időszakban a legnagyobb népességcsökkenés Jász-Nagykun-Szolnok megyében következett be.

Nagyarányú a régióból való elvándorlás: legjelentősebb Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (2002-ben 25 167 fő), míg a legalacsonyabb mértékű Jász-Nagykun-Szolnok megyében (16.622 fő).

A népesség korstruktúrája a többi régióhoz képest kedvezőbb, hiszen jóval magasabb a fiatalok aránya, mint másutt az országban. A legfiatalabb korstruktúrájú megye Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, az idősek aránya pedig Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legmagasabb. Ugyanakkor a fiatalosabb népességszerkezet nem tekinthető egyértelműen pozitívumnak, mert a fiatalok és az időskorúak magas aránya miatt a munkaképes korú lakosság aránya alatta marad az országos átlagnak, mely komoly gazdasági hátrányokat eredményez hosszú távon a régió számára. A helyzetet tovább súlyosbítja a főként fiatal, képzett munkaerő elvándorlása.

Lakáshelyzet

Észak-Alföld régióban a lakások száma a 2001. évi népszámlálási adatok alapján 588 ezer volt, a legtöbb lakást Hajdú-Bihar megyében (212 ezer), a legkevesebbet pedig Jász-Nagykun-Szolnok megyében (168 ezer) találjuk. A régió lakásállománya komfortosság tekintetében jelentősen elmarad az országos átlagtól, továbbá az egészségtelen lakhatást eredményező komfort nélküli és szükséglakások aránya mintegy 10 százalékkal meghaladja az országos átlagot. A legkedvezőbb összetételű lakásállománnyal Hajdú-Bihar megye rendelkezik, a legkedvezőtlenekkel pedig Jász-Nagykun-Szolnok megye. Megyei bontásban az látható, hogy az összkomfortos lakások aránya Hajdú-Bihar megyében a legmagasabb: 48 százalék, és Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legalacsonyabb: 33,7 százalék. A régió kistérségei közül a legtöbb ilyen komfortfokozatú lakást a Debreceni kistérségben találjuk (65,7 %), a legkevesebb összkomfortos lakással a Vásárosnaményi kistérség lakossága rendelkezik (20,4%) Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. A komfort nélküli lakások aránya regionális szinten 17,1 százalék, amely messze meghaladja a 10,9 százalékos országos átlagot. A szükség- és egyéb lakások aránya viszont megegyezik az országos átlaggal, amely 4 százalék volt a 2001. évi népszámlálás alkalmával. A legtöbb komfort nélküli és szükséglakás Jász-Nagykun-Szolnok megyében található (22,9%), a legkevesebb pedig Hajdú-Bihar megyében (18,7%). E két lakástípus tekintetében rosszabbak Észak-Alföld régió mutatói, mint Dél-Alföld régióé.

A régió elmaradottsága csaknem minden közmű-kategóriában nagyon jelentős az országos átlaghoz képest, szignifikáns területi különbségekkel egy-egy megyén belül is. Az adatok elemzése előtt feltételezhető volt, hogy mind a lakásállomány, mind a közművek terén Szabolcs-Szatmár-Bereg megye lemaradása a legjelentősebb az országos átlaghoz képest, ezzel szemben az adatok azt tükrözik,

hogy Jász-Nagykun-Szolnok megyében van a legtöbb tennivaló az ilyen típusú infrastrukturális hátrányok leküzdése terén.

A háztartások összetétele is rendkívül kedvezőtlen a régióban. A régiót alkotó megyékben az egy-, a két- és a háromfős háztartások dominanciája a jellemző, ezek aránya nagyon közelít az országos átlaghoz. A négy és öt vagy annál több főt számláló családok aránya Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében magasabb, mint az országos átlag. Az egyfős háztartások aránya Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legmagasabb, mely jól tükrözi a megye elöregedő korstruktúráját, az idős, egyedülálló emberek magas arányát. Kistérségi szinten a legtöbb egyfős háztartás a Debreceni kistérségben van (28,9%), a legkevesebb pedig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a Baktalórántházai kistérségben (19,6%). Az öt vagy annál több fős háztartások aránya a Debreceni kistérségben a legkisebb (6,4%), a legmagasabb arány pedig a Kisvárdai kistérségben található (17,1%) Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.

Az egy háztartásban élők gazdasági aktivitása befolyásolja leginkább a családok életminőségét. Az aktív foglalkoztatottak aránya országos viszonylatban rendkívül alacsony, az eltartottak aránya viszont meglehetősen magas, amely a gazdasági fellendülés legnagyobb akadálya jelenleg az észak-alföldi régióban. A háztartásban élő eltartottak aránya Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legmagasabb: 30,9 százalék, míg az országos átlag 26,6 százalék. (Mindhárom megye adatai meghaladják ezt az arányt.) A legtöbb eltartott a Hajdúhadházi kistérségben jut a háztartásokra, 33,9 százalék, a legkevesebb pedig a Mezőtúri kistérségben (27,1%) Jász-Nagykun-Szolnok megyében.

Makrogazdasági folyamatok

Fejlettségi mutatói alapján Észak-Alföld régió az ország legelmaradottabb régiója. A régió gazdasági karakterét a mezőgazdaság határozza meg. A főfoglalkozásként mezőgazdasági termelést folytatók számának többszöröse azoké, akik kiegészítő tevékenységként végeznek mezőgazdasági munkát. Az Észak-Alföld iparszerkezete sajátos, melyet az országos ütemnél lassúbb fejlődés jellemez, és amelyet jelentősen befolyásolnak a régió természeti adottságai. Az egy lakosra jutó ipari beruházások értéke regionális szinten messze az országos átlag alatt marad. Jellemző a feldolgozóipar, valamint a kevésbé korszerű és versenyképes ágazatok túlsúlya. A régióban a szolgáltató szektor szerepe is jóval kisebb, mint az országban általában.

A 2001-es adatok szerint a régióban az ország GDP-jének mindössze 10,2 százaléka keletkezett, ennek aránya Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legkisebb, 2,9 százalék. Az egy főre jutó GDP tekintetében ennél jóval rosszabb a helyzet, az észak-magyarországi régióval együtt utolsó az észak-alföldi régió. A megyék tekintetében is markáns különbségek rajzolódnak ki, míg Hajdú-Bihar megye 13. a megyék rangsorában, addig Szabolcs-Szatmár-Bereg megye országos viszonylatban a legutolsó.

A régió lakosságának lemaradása a kereseteket illetően is jelentős országos viszonylatban. A fizikai dolgozók kereseti átlagai 10 000 Ft-tal, a szellemi foglalkoztatottaké közel 30 000 Ft-tal alacsonyabb, mint az országos átlag. Nemenként az átlagkereseteket vizsgálva az látható, hogy a férfiak átlagkeresete mindenütt magasabb, mint a nőké.

A legtöbb foglalkoztatott mindhárom megyében a szolgáltató szférában található, a legkevesebb munkavállaló a mezőgazdaságban dolgozik, ezek aránya Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legalacsonyabb, 6,2 százalék. A legnagyobb különbség ágazati bontásban az iparban jelentkezik, itt a munkavállalók aránya csaknem 5 százalékkal alacsonyabb, mint az országos átlag.

A gazdasági aktivitást nemenkénti bontásban vizsgálva kitűnik, hogy a nők gazdasági aktivitása mindhárom megyében csaknem 12 százalékkal alacsonyabb, mint a férfiaké. A nem aktívak tekintetében sincs markáns eltérés az országos átlaghoz képest. A nem aktív nők aránya közel 20 százalékkal magasabb mindhárom észak-alföldi megyében, mint a férfiaké.

Az adófizetők aránya a lakónépesség százalékában Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legmagasabb, 41,3 százalék, és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legkisebb, 36,2 százalék. Kistérségenként is jelentős különbségek tapasztalhatók e téren. A Szolnoki kistérségben a legmagasabb a régióban az adófizetők lakossághoz viszonyított aránya, 46,8 százalék, míg Hajdú-Bihar megyében a Hajdúhadházi kistérségben és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a Nyírbátori kistérségben csak 31,8 százalék.

Mind az egyéni, mind a társas vállalkozások számát tekintve a régiók rangsorában Észak-Alföld régió a harmadik. A régió minden megyéjében a megyeközpont környéki kistérségben találjuk a legtöbb egyéni vállalkozást, míg a legkisebb vállalkozási hajlam a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben jelenik meg. A társas vállalkozások tekintetében ugyanez a tendencia figyelhető meg minden tekintetben.

A régió szociális helyzetét és a társadalmi kohéziót meghatározó körülmények

Területi folyamatok

Az Észak-alföldi régióban is - hasonlóan hazánk többi régiójához - a megyeszékhelyek környékén már az 1980-as években elindult a szuburbanizáció, amely az 1990-es évek közepétől kezdve egyre több kistérségre terjedt át. A szuburbanizációs folyamatok a régióban pozitívan értékelendők, hiszen a falvak többsége, ha közvetetten is, de részesedik a nagyvárosok gyorsabb fejlődése révén keletkezett előnyökből. A régióban minden lényeges települési funkció és az ezek ellátásához szükséges források a megyeszékhelyeken összpontosulnak. A megyeszékhelyek dominanciája különösen erős Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.

A legkevésbé fejlett térségek az ország- és megyehatárok közelében találhatóak. A külső perifériához tartozó kistérségek a régióban a következők: Nyírbátori, Mátészalkai, Csengeri, Fehérgyarmati és Vásárosnaményi kistérség. A belső perifériát alkotó kistérségek is meglehetősen összefüggő területet alkotnak, ezek közé sorolhatjuk a Kunszentmártoni, Tiszafüredi, Püspökladányi, Polgári, Nagykállói és Tiszavasvári kistérségeket. A perifériák kialakulásában a zártság és a fejletlen közlekedési infrastruktúrából fakadó nehézkes megközelíthetőség játszik főszerepet.

Közlekedési adottságok, hozzáférési problémák

A régió közlekedése két fő tengelyre fűzhető fel, a vasúti közlekedésben a Budapest-Szolnok-Debrecen-Nyíregyháza-Záhony nemzetközi törzshálózati vasúti fővonalra, a közúti közlekedésben pedig a 4. számú főútra. A Megyei Közútkezelők adatai alapján a régióban 28 zsáktelepülés található, melyek megyei eloszlása a következő: Szabolcs-Szatmár-Bereg megye 11, Jász-Nagykun-Szolnok megye 10 és Hajdú-Bihar megye 7. Jelenleg a régió legnagyobb hányadát nem érintik a nagy nemzetközi útvonalak. A Tisza, mivel nem rendelkezik nemzetközi jogi státusszal, sem a nemzetközi vízi teherszállításban, sem a turizmusban nem hasznosítható.

A népesség egészségügyi helyzete

Észak-Alföld lakosságának egészségi állapota az egyik legkedvezőtlenebb az országban, hiszen csaknem minden vizsgált mutató tekintetében (születéskor várható élettartam, halálozások száma,

öngyilkosságok száma, tbc-s betegek aránya) az utolsók között áll a régiók rangsorában. A régió megyéi közül mind a férfiak, mind a nők esetében Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legalacsonyabb a várható élettartam (66,43, illetve 75,65 év). A védőnők és körzeti ápolónők száma 1998-2002 között kismértékben nőtt a régióban. Ugyanakkor Észak-Alföld régióban jut a legtöbb lakos egy házi orvosra és házi gyermekorvosra az országban (1624 fő/házi- és gyermekorvos), emellett a 10 ezer lakosra jutó kórházi ágyszám (71,8 db/10 ezer lakos) tekintetében az utolsó helyen állt a régió. Mindezek miatt a régió egészségügyi intézményhálózata nem felkészült a többszörösen hátrányos helyzetből fakadó, egyre romló egészségi állapotban lévő népesség és az előregedő lakosság ellátására.

Iskolázottságra vonatkozó adatok

Annak ellenére, hogy az oktatási rendszer az egyik legkiépültebb az Észak-Alföldön, 2001-es népszámlálási adatok alapján a régió lakosságának iskolai végzettsége minden kategóriában elmarad az országos átlagtól. Különösen aggasztó a helyzet az általános iskolai végzettséggel sem rendelkezők arányát illetően, hiszen a régió 27 kistérségéből 22-ben mind a régiós, mind az országos átlagot meghaladja a 8 osztályt el nem végzettek aránya. A régióon belül megfigyelhető Szabolcs-Szatmár-Bereg megye lakosságának jelentős mértékű lemaradása mind a régiós, mind az országos adatokhoz képest. A legrosszabb mutatókkal a Nyírbátori, az Ibrány-Nagyhalászi, a Fehérgyarmati és a Csengeri kistérségek rendelkeznek Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, melyekben a befejezetlen általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya 30 százalék feletti. Ennek oka vélhetően az, hogy bár sok gyermek- és fiatalkorú él a megyében, közülük nagyon sok a mélyszegény, többszörösen kirekesztett családban élő, akik többszörösen hátrányos helyzetükből adódóan nem tanulnak tovább, és gyakran az általános iskolát sem fejezik be. Ezek között a családok között magas a roma lakosság aránya.

Továbbá látható, hogy a megyék központi kistérségeiben, illetve ezek vonzáskörzetéhez tartozó fejlettebb térségekben élők iskolai végzettségi szintje sokkal magasabb, mint a külső és belső perifériás települések lakóié. Egyetemi, főiskolai végzettséggel a régióban élők 9 százaléka rendelkezik, ami lényegesen, 3,1 százalékkal marad el az országos átlagtól annak ellenére, hogy a felsőoktatási intézmények száma magas, és az intézményrendszer kiépült. A legjobb mutatókkal Hajdú-Bihar megye rendelkezik (10,8%), a legrosszabb értékkel pedig Szabolcs-Szatmár-Bereg megye (7,6%). A régió kistérségei közül a legtöbben a Nyíregyházai, a Debreceni és a Szolnoki kistérségben szereztek

egyetemi, főiskolai végzettséget, a legkevesebben pedig a Hajdúhadházi kistérségben (3,7%) Hajdú-Bihar megyében és a Baktalórántházai kistérségben (3,8%) Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.

Foglalkoztatottság

A régió foglalkoztatottsági struktúrája kedvezőtlen, hiszen a foglalkoztatottak aránya nagyon alacsony (1980 és 2001 között 44,7 százalékról 30 százalékra csökkent, és utolsó helyen állt a többi régióhoz viszonyítva). A régióon belül Szabolcs-Szatmár-Bereg megye helyzete tekinthető a legkedvezőtlenebbnek: mindhárom vizsgált évben itt volt a legalacsonyabb a foglalkoztatottak aránya és az átlagkeresetek mértéke. Itt található az a kistérségek – 1980-ban és 1990-ben a Mátészalkai, 2001-ben pedig a Baktalórántházai és a Csengeri –, melyekben a legalacsonyabb volt a foglalkoztatási arány.

Ezzel szemben az eltartottak, az inaktívok és a munkanélküliek száma jóval meghaladja az országos átlagot. 2001-ben a munkanélküliek aránya kiugróan magas és egyben a 4,1 százalékos országos ráta több mint a duplája volt Hajdú-Bihar megye Polgári (9,7%), Jász-Nagykun-Szolnok megye Tiszafüredi (8,4%) és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye Csengeri (8,0%) és Vásárosnaményi (8,0%) kistérségeiben. Elsősorban Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében kiugróan rossz a foglalkoztatási helyzet. Az eltartottak arányát 1980-2001 között vizsgálva megállapítható, hogy bár ez az arány a régióban 37,1 százalékról 30,5 százalékra csökkent, mégis az országos aránynál és a többi régió átlagánál jóval magasabb. A megyéken belül mindhárom évben Hajdú-Biharban a Hajdúhadházi, Jász-Nagykun-Szolnok megyében a Karcagi, míg Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 1980-ban és 2001-ben a Baktalórántházai, 1990-ben pedig a Nyírbátori kistérségben volt a legmagasabb az eltartottak aránya. Az inaktív keresők aránya a régióban jelentősen változott: amíg 1980-ban és 1990-ben az országos átlag alatt maradt, addig 2001-ben meghaladta az országos mértéket. (Az országos érték 1980-ban 20,6%, 1990-ben 25,6% és 2001-ben 32,4%.) A vizsgált három évben Hajdú-Bihar megyében a Berettyóújfalui kistérségben, Jász-Nagykun-Szolnok megyében a Kunszentmártoni, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében pedig 1980 és 1990-ben a Vásárosnaményi, 2001-ben pedig a Csengeri kistérségben volt a legmagasabb az inaktív lakosok aránya.

Kirekesztődés

Szegénység, mélyszegénység által veszélyeztetett csoportok köre – régióspecifikus problémák mentén

Észak-Alföld régióban a mélyszegénység bizonyos kistérségekben drámai méreteket ölt. A mélyszegénység kialakulásáért a szakirodalom két úgynevezett kollektív faktort is felelőssé tesz (Szalai 2002), a települési hátrányt és az etnikai szegénységet. Az észak-alföldi régióban mindkét mélyszegénységet kiváltó ok az országos átlagnál sokkal intenzívebben nyomon követhető. A területi különbségek kialakulása Magyarországon két folyamat következménye: az egyik az erőltetett szocialista iparosítás, a másik pedig a határmenti régiók tudatos visszafejlesztése. Az első folyamat elsősorban az észak-magyarországi régió volt nehézipari körzeteiben létrejött depressziós térségek kialakulásában öltött testet, míg a határmente fejlődésének megakadályozása az észak-alföldi aprófalvak zárványtelepülésein lakók többségének kirekesztettségéért felelős. Az ezekben a térségekben elmaradt infrastrukturális fejlesztések a lakosság munkaerő-piaci helyzetét rendkívül negatívan befolyásolták, amely kihatással volt jövedelmi viszonyaikra, érdekérvényesítő képességükre és a társadalomba való integrációjukra is.

Mind a külső, mind a belső perifériákon – amelyek elsősorban Szabolcs-Szatmár-Bereg megye aprófalvas határmenti kistérségeit, valamint Jász-Nagykun-Szolnok megyében a Közép-Tiszavidéket és a Tiszántúl bizonyos térségeit foglalja magába – szinte lehetetlenné vált a mobilitás az ott élő lakosság számára az ingatlanok elértéktelenedése miatt.

A területi egyenlőtlenségek és a mélyszegénység kialakulásáért felelős másik kollektív faktor, az etnikai szegénység között Észak-Alföld régióban szoros összefüggés mutatható ki. Ebben a régióban él az ország egyik legkirekesztettebbnek tekinthető csoportja, az aprófalvas térségek roma lakossága. A rendszerváltás előtt az aktuális kormányok kényszerasszimilációs politikát folytattak a romákkal szemben, amelynek volt néhány pozitív következménye is. Az oktatás és a lakhatási viszonyok terén megindult felzárkózásuk a többségi társadalom tagjaihoz, a rendszerváltás azonban megtörte ezt a kedvező folyamatot (Szalai 2002).

Segélyezés

Az Észak-Alföld országon belüli hátrányos helyzetét mutatja, hogy a segélyezetttek számát tekintve az elsők között van a régió. A megyék közül Szabolcs-Szatmár-Bereg megye és azon belül a határmenti kistérségek (Vásárosnaményi, Fehérgyarmati és Csengeri kistérség) lemaradása szembetűnő. Ennek

okai, hogy a mélyszegénységben élő, sok esetben devianciáktól szenvedő családok száma magas, illetve ezen családok többsége a tömeges munkanélküliség és a kilátástalan élethelyzet miatt a passzív szociálpolitikai eszközökből való megélhetésre rendezkedett be. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyéhez képest a másik két megye helyzete valamivel kedvezőbb, ami elsősorban a több munkalehetőségnek, a lakosság magasabb iskolai végzettségének, illetve jobb egészségi állapotának tudható be

Idősek szegénysége

A különböző nyugdíj és nyugdíjszerű ellátásban részesülők számát tekintve látható, hogy a vidéki régiók közül Észak-Alföldön részesülnek a legtöbben ilyen ellátásokban. Észak-Alföldön él továbbá a legtöbb időskorúak járadékában, hozzátartozói nyugdíjban részesülő lakos is. A vidéki régiók közül itt a legmagasabb a korbetöltött és a korhatár alatti rokkantsági nyugdíjasok száma. Kiemelkedően magas a megváltozott munkaképességűek járadékában részesülők aránya, az egész országban ilyen juttatásban részesülők több mint egynegyede ebben a régióban él.

A nyugdíjak összege a régiós átlag alapján csaknem 5000 forinttal alacsonyabb, mint az országos átlag. A rokkantsági nyugdíjak esetében ez a különbség valamivel kevesebb, körülbelül 3000 Ft. A legtöbb ellátás összege ebben a régióban a legalacsonyabb az országban, tovább nehezítve az időskorúak megélhetését.

Az észak-alföldi régióban nagyon magas azok aránya is, akik korábban nem szereztek megfelelő szolgálati időt – például napszámosként dolgoztak –, ezért nem jogosultak az ellátásokra. Többségük rendkívül rossz körülmények között, súlyos nélkülözések közepette él. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy a szociális alapellátások éppen azokban a főként aprófalvas, periférikus helyzetű kistérségekben a legfejletlenebbek, ahol az időskorúak kiszolgáltatott helyzetben, többnyire megromlott egészségi állapotban, magányosan élnek.

Gyermekszegénység

Észak-Alföld régióban, főként Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében magas azon roma származású gyermekek aránya, akik a szülők tartós munkanélküli státusza miatt rendkívül kedvezőtlen körülmények között nevelkednek. Ezeknek a gyermekeknek háromnegyede inaktív családokban él, ahol a legalapvetőbb szükségletek kielégítése is nagyon nagy nehézséget jelent a szülőknek.

A gyermekszegénység mértékéről területi szinten átfogó képet ad a kiegészítő családi pótlékot igénybe vevők száma. A támogatottak számában minden régióban csökkenés következett be, ami nyilván a kedvezőtlen demográfiai folyamatok következménye. Kiemelkedő mértékű ez a csökkenés Jász-Nagykun-Szolnok megye Karcagi kistérségében, ahol négy év alatt 1117 fővel csökkent a támogatottak aránya. A támogatott családok számát tekintve kiemelkedően magas az észak-alföldi adat. Ha a támogatott családok arányát az összes családhoz képest vizsgáljuk, az látható, hogy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében minden negyedik család támogatott, ami kétszerese az országos átlagnak. Ezek alapján nem meglepő, hogy a kiegészítő családi pótlék folyósítására felhasznált összeg az országban ebben a régióban a legnagyobb, az országos keret negyedét itt osztják ki.

Gyerekek veszélyeztetettsége

A rendkívüli gyermekvédelmi támogatásban részesülők száma a vidéki régiók közül Észak-Alföld régióban a legmagasabb: 62 806 fő. A támogatásban részesülők aránya a 0-18 éves korosztályban viszont az országos átlag alatt marad, bár mindössze egy százalék a különbség. Az egy támogatott személyre jutó támogatási összeg a legalacsonyabb a régiók közül, 1620 Ft-tal marad az országos átlag alatt. A régiót alkotó megyék közül kiemelkedően magas a támogatott személyek száma Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, itt csaknem annyian kaptak támogatást, mint a másik két észak-alföldi megyében összesen. A területi gyermekvédelmi szakszolgálatoknál ebben a régióban van a legtöbb nyilvántartott gyermek. E gyermekek közel fele Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében él. A legtöbb utógondozott gyermeket is Szabolcsban találjuk. Országos szinten a legtöbb tartósan nevelt gyermek is ebben a régióban él, közülük a legtöbben Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében.

Egészségi állapotuk és életmódjuk miatt veszélyeztetett emberek

TBC-s megbetegedések

A nyilvántartott tbc-s betegek száma Észak-Alföld régióban a legmagasabb a vidéki régiók közül. A 10 000 lakosra jutó betegek száma is ebben a régióban a legnagyobb. Az aktív tbc-s betegek aránya is csaknem 10 százalékkal meghaladja az országos átlagot. Vélhetően ez a betegség az észak-alföldi régióban tovább nehezíti a mélyszegények, és ezen belül a romák munkanélküli létből való kikerülését.

Kábítószer-fogyasztás

A KSH adatai szerint a régióban a regisztrált kábítószer-fogyasztók száma 907 fő, ami nyilván messze nem a valós helyzetet tükrözi. Az adatok szerint Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében kétszer annyi drogfogyasztó él, mint Jász-Nagykun-Szolnok megyében. A 10 000 lakosra jutó drogfogyasztók aránya fele az országos átlagnak e két megyében, Jász-Nagykun-Szolnokban pedig a harmada. A legtöbb új fogyasztót Hajdú-Bihar megyében regisztrálták.

Felnőtt és fiatalkorú bűnözés

Az ismertté vált bűnelkövetők száma 1997-2001 között minden vizsgált évben Észak-Alföld régióban volt a legmagasabb. Megyei bontásban szembeűnő, hogy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében Jász-Nagykun-Szolnok megyéhez képest több mint 3000-rel több bűnelkövető vált ismertté 1997-ben. Megfigyelhető, hogy a vizsgált négy év alatt öt százalékkal csökkent a bűnelkövetők száma. Sajnos nem lehet tudni a csökkenés okát, így továbbra is kérdés marad, hogy valójában a bűnözés esett-e vissza, vagy a rendőrség volt kevésbé hatékony a bűnesetek felderítésében.

1997-ben a vidéki régiók közül Észak-Alföldön vált ismertté a legtöbb fiatalkorú bűnelkövető. A felnőtt korú bűnelkövetők számában bekövetkezett csökkenéshez képest nagyon jelentős, csaknem 15 százalékos visszaesés következett be az ismertté vált fiatalkorú bűnelkövetők számában. Ebben az esetben sincs információ a jelenség okairól, de ekkora csökkenésnél már feltételezhető, hogy maga a fiatalkori bűnözés mérséklődött.

Alkoholizmus

A pszichiátriai és addiktológiai gondozókban nyilvántartott alkoholisták száma 1998 és 2002 között – az országos tendenciához hasonlóan – csökkent. Ennek legfőbb oka az intézményrendszer hiányosságából adódik. Emellett okként szolgálhat az, hogy a nagyvárosi fiatalok körében egyre könnyebb a hozzáférés az ún. light drogokhoz. Természetesen a gondozóintézetek nyilvántartása csak hozzávetőleges képet tud adni az alkoholfüggő betegek számáról, hiszen valós számuk ennél lényegesen több.

Romák

Észak-Alföld régióban különösen súlyos méreteket ölt a tartósan munkanélküli, alacsony iskolai végzettségű cigány származású munkavállalók aránya. Észak-Magyarország régió mellett ez a másik

olyan régió, ahol a rendszerváltás következtében emberek százezrei váltak munkanélkülivé. A gazdasági struktúraváltás következtében főként olyan munkahelyek szűntek meg, amelyek nagy számban foglalkoztattak alacsony iskolai végzettségű roma munkavállalókat is. A magyarországi roma emberek helyzete munkaerőpiaci szempontból halmozottan hátrányosnak tekinthető. Az alacsony iskolai végzettségű, szakképzettséggel nem rendelkező cigány emberek számára az elsődleges munkaerőpiacon való munkahelyszerzés főként a hátrányos helyzetű régiókban szinte teljes mértékben lehetetlen, ezek a munkavállalók még alkalmi munkához is nehezen jutnak. A foglalkoztatási szintjük csaknem fele, munkanélküliségi rátájuk három-ötszöröse, az egy főre jutó eltartottak aránya körülbelül háromszorosa a nem cigány lakosságénak. A cigány munkavállalók munkaerő-piaci reintegrációját nehezíti a munkáltatók diszkriminatív, előítéletes attitűdje.

Területi és társadalmi kirekesztődés

Mindhárom megyében található olyan kistérségek, amelyek társadalmi-gazdasági mutatóik alapján belső perifériaként nevesíthetők. E térségek lakóinak munkaerőpiaci helyzete meglehetősen problematikus. Ők elsősorban mezőgazdasági foglalkoztatottak voltak, főként olyan településeken, ahol a helyi termelészövetkezet volt az egyetlen foglalkoztató. A rendszerváltást követően a magyar agrártermelés is válságba került, aminek eredményeként a termelészövetkezetek legnagyobb hányada tönkrement, így a belső periférián élők tízezrei váltak egyik napról a másikra munkanélkülivé. Ezeknek a munkavállalóknak az átképzése is meglehetősen problematikus, hiszen sokan közülük már életkorukból fakadóan sem igen alkalmasak az átképzésekben való részvételre, legtöbbjük negatívan viszonyul az ilyen kezdeményezésekhez. Másrészt túlnyomórészt általános iskolai végzettséggel rendelkeznek, ami ma már az elsődleges munkaerőpiacon való érvényesülést nehezíti számukra. A belső perifériális helyzet kialakulásában nagy szerepe van e települések földrajzi elhelyezkedésének. E térségek jellemzői, hogy a közlekedési infrastruktúra, ezen belül a közút- és vasúthálózat rendkívül fejletlen, amely akadályát képezi annak, hogy a működő tőke rátaláljon ezekre a térségekre, és új munkahelyek teremődjenek. Gyakori e települések között a zsáktelepülés.

Észak-Alföld régió legrosszabb mutatókkal rendelkező kistérségei

Hajdú-Bihar megye	Jász-Nagykun-Szolnok megye	Szabolcs-Szatmár-Bere g megye
Berettyóújfalui	Kunszentmártoni	Baktalórántházai
Hajdúhadházi	Tiszafüredi	Csengeri

Polgári	Fehérgyarmati Nagykállói Nyírbátori Vásárosnaményi
---------	---

Fogyatékosággal élők

A vidéki régiók közül Észak-Alföld régióban él a legtöbb fogyatékosággal élő ember, a 2001. évi népszámlálás adatai szerint 92 156 fő. Ugyanez az adat 1990-ben 55 370 fő volt, tehát az elmúlt évtizedben csaknem megduplázódott a számuk. A megyéket tekintve a legtöbb fogyatékosággal élő személy Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében él, 33 473 fő. Az országban a védett szervezetek száma 2002. évben 92 volt, a vidéki régiók közül Észak-Alföld régióban működik a legtöbb ilyen munkalehetőséget biztosító szervezet. A régióban lévő védett szervezetek több mint 50 százaléka Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében található. A célszervezetek esetében is hasonló tendenciák figyelhetők meg: Észak-Alföld régióban működik a legtöbb ilyen szervezet, a telephelyek és a foglalkoztatottak egynegyede is ebben a régióban található.

Veszélyeztetett lakhatás

A lakásfenntartási támogatás adatainak vizsgálata alapján látható, hogy számos más juttatáshoz és segélyhez hasonlóan, a vidéki régiók közül Észak-Alföld régióban él a legtöbb ezen támogatásban részesülő személy. Az viszont talán meglepő adat, hogy Jász-Nagykun-Szolnok megyében többen kaptak ilyen támogatást, mint Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, bár a különbség nem túl markáns. Jász-Nagykun-Szolnok megyén belül a központi kistérségben, valamint a mezőtúri kistérségben él a támogatottak közel 50 százaléka.

Településszerkezet – közigazgatás – szociális igazgatás, ellátás

Településszerkezet, településnagyság és közigazgatás kapcsolata

A régiót alkotó három megyéből Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok megye településstruktúrája meglehetősen sok hasonlóságot mutat, míg Szabolcs-Szatmár-Bereg megye településszerkezete jóval heterogénebb, hiszen szinte minden településtípus megtalálható benne. Hajdú-Bihar megyében a

települések 59, Jász-Nagykun-Szolnok megyében 71, míg Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 92 százaléka 5000 főnél kisebb lélekszámú. Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok megyében az 1000-1999 fős, illetve a 2000-4999 fős településnagyság a legdominánsabb, míg Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a 229 település csaknem egyharmada aprófalu, tehát 500-999 fő közötti népességszám jellemzi.

Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok megyében a viszonylag nagy településekből álló településstruktúra következményeként a legtöbb önkormányzat önállóan biztosítja a szociálpolitikai feladatok ellátását. Ezzel szemben Szabolcs-Szatmár-Bereg megye külső periferiát alkotó aprófalvas kistérségeiben a települések a szükséges források hiányában önerőből képtelenek a szociális alapellátások biztosítására, így gyakran a társulási formát alkalmazzák. A másik két megyében is találunk példát bizonyos ellátástípusok, főként a családsegítés és néhány esetben az étkeztetés társulási formában történő biztosítására, de ez leginkább a belső periferiákhoz tartozó kistérségekben, a kisebb lélekszámú települések esetében figyelhető meg.

Az aprófalvas térségekkel tarkított Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a települések közel egynegyedében falugondnoki szolgálat látja el a szociális alapellátási feladatokat, Hajdú-Bihar megyében pedig a 82 település egynegyedében működik falu-, illetve tanyagondnoki szolgálat. A településszerkezetből adódóan Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legritkább ez az ellátási forma.

Önkormányzati szociálpolitika

A települési és a megyei önkormányzatok feladatai közé tartozik a különböző szociális szolgáltatások megszervezése. Az önkormányzatok társulások formában, illetve ellátási szerződés keretében is nyújthatnak szociális alap- és szakellátásokat. A régióban 32 társulások formában működtetett ellátás található. Ez egyrészt pozitív, mert erősödnek a partnerségi kapcsolatok a települések között, és biztosított lesz az ellátás. Viszont a társulásban működtetett ellátásoknak negatív oldala is van: ahol sok település alkot egy társulást, ott az ellátás minősége veszélybe kerülhet. Főleg ezen ellátástípusnál okozhat problémát, ahol szükség van az odafigyelésre és a folyamatos kapcsolattartásra a kliensekkel. A szociális törvény alapján a törvényben meghatározott ellátásokat a helyi önkormányzatokkal kötött ellátási szerződés keretében a nem állami, illetve egyházi fenntartó is biztosíthatja. A régióban 29 ilyen szervezet biztosít ellátási szerződés formájában valamilyen szociális ellátást.

Szolgáltatástervezési koncepciók

A régió valamennyi megyéjében elkészült a megyei szociális szolgáltatástervezési koncepció (a dokumentum készítésekor a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei még tervezet volt), a megyei jogú városok közül pedig a szolnoki, a debreceni és a nyíregyházi.

A készítők a koncepció kidolgozásához több szervezet adatait is felhasználták, mindhárom megyében kérdőíves felmérést végeztek, és szorosan együttműködtek a szociális területen működő intézményekkel. A koncepciók tartalmi elemei megegyeznek, eltérések az egyes fejezetek kidolgozottságában, részletezésében találhatók. Egyes koncepciókban plusz elemként jelenik meg SWOT-elemzés (Jász-Nagykun-Szolnok megyei, illetve a Szolnok és Nyíregyháza városi koncepció), illetve a gyermekvédelmi rendszer bemutatása (Debrecen, Szolnok és Nyíregyháza városi, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei koncepció). A megyei koncepciók közül a Jász-Nagykun-Szolnok megyei és a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei kistérségi szinten is jellemzi a szociális ellátórendszer állapotát.

Térségi-területi problémamegoldási módok

A régióban találunk példát olyan programokra, melynek célja egy-egy térség szociális helyzetének javítása, új szolgáltatások bevezetése: kistérségi válságkezelő programok, Jász-Nagykun-Szolnok megye Északi- és Déli-Tisza menti településeinek kistérségi szociális felzárkóztató programja (2003-2005.), a Bihari kistérség szociális szolgáltatásainak fejlesztését célzó operatív program, támogató szolgálat (Tiszaszentimre).

Ágazaton belüli, ágazatközi és szektorközi együttműködések

A különböző dimenziókban megvalósuló együttműködések formáinak és módszereinek bevezetésére és működtetésére kitűnő „terepet” biztosítanak a különböző partnerségben megvalósuló projektek. Az elsősorban szakmai fejlesztéseket szolgáló támogatási programok ösztönzik az együttműködést. Az alábbi projektek modellt kínálnak a szolgáltatások hatékonyságának fokozására: „Roma Közösségi és Információs Központ, „Kele”: a tartós bentlakásos szociális szakellátást biztosító intézmények keretei között élő értelmi és halmozottan sérült emberek részére nyújtott terápiás foglalkoztatás tárgyi és személyi feltételeinek optimális szintű biztosítása, „Társulás a minőségi idősgondozásért”, „Játékos” munkaerő-piaci reintegrációs Phare program, „Esélyt a nőknek” munkaerőpiaci program.

A régió szociális ellátórendszere

A szociális alap- és szakellátás

A régióban a települések többségében már működnek az idősek ellátását biztosító alapellátások: a házi segítségnyújtás és az étkeztetés. Ennek egyik oka a régióra jellemző elöregedés, a nyugdíjasok és az idősek magas aránya a lakosságon belül, aminek következtében az igénybevevők száma is megnőtt a régióban az elmúlt években. Az időseket ellátó alapellátási formák Jász-Nagykun-Szolnok megyében a legkiépültebbek: a házi segítségnyújtás a települések 93 százalékában, az étkeztetés a települések 98 százalékában biztosított.

A házi segítségnyújtásban részesülők ellátásának javítását szolgálja a jelzőrendszeres házi segítségnyújtás. E szolgáltatást jelenleg csak Jász-Nagykun-Szolnok megyében nem alkalmazzák. A családsegítő szolgáltatás kiépültsége Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a leghiányosabb, a települések 31 százaléka működteti. Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok megyében a kiépültség 70 százalék feletti. A speciális alapellátási formák bevezetése egyre fontosabbá válik, és a szociális szakemberek a szolgáltatástervezési koncepciókban is nagy hangsúlyt fektetnek ezen ellátási formák kiépítésre, fejlesztésére.

A szakosított ellátások minden ellátotti csoport tekintetében fejlesztésre szorulnak a régióban. A legnagyobb hiányok a pszichiátriai és szenvedélybetegek, illetve a hajléktalan személyek ellátásában tapasztalhatók. Az időseket ellátó intézményrendszer az előzőeknél kiépítettebb, ugyanakkor a férőhelyek iránti igények is megnövekedtek.

Humánerőforrás, szakember-ellátottság

Humánerőforrás szempontból a szociális szféra helyzete az országos átlaghoz képest megfelelő. Súlyos problémát okozhat azonban a jövőben az a folyamat, amelynek tanúi lehetünk a régió megyéiben. Ennek fő sajátossága, hogy a leginkább rászoruló lakosság megfelelő számú és végzettségű szociális szakember hiányában ellátatlan marad a halmozottan hátrányos helyzetű kistérségekben. Ezekben a térségekben minél előbb meg kell találni azt a motivációs eszköztárat, amellyel javítható a kistérségek szociális intézményeinek humán erőforrás helyzete.

Kistelepülések és/vagy tanyák, speciális adottságú települések szociális ellátása

Észak-Alföld régió településszerkezete meglehetősen heterogén, leginkább az óriásfalvak és mezővárosok dominanciájával jellemezhető. Azonban Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében több olyan, – főként külső perifériális helyzetű – kistérség van, amelyeket túlnyomórészt aprófalvak alkotnak. A régióban ezek azok a térségek, ahol számos település lakossága az 500 főt sem éri el, ezért ezekben a törpe-, illetve aprófalvakban túlnyomórészt falugondnokok biztosítják a szociális alapellátásokat a lakosság számára. Hajdú-Bihar és Jász-Nagykun-Szolnok megyében foltokban szintén találunk falu- és tanyagondnoki szolgálatot biztosító településeket, főként a belső perifériákhoz tartozó, de kiterjedt külterülettel rendelkező falvakban, illetve néhány zsáktelepülésen.

Önkéntesség

Számos példát találhatunk olyan szervezetekre, programokra, melyek feladatvégzésében fontos szerep jut az önkénteseknek: a régió több települése vesz részt a Kapu programban, szomszédsági önkéntesek tartanak fogadóórát saját otthonukban a környékükön élő lakók részére Debrecenben, illetve az Önkéntesek Hete programsorozat is megrendezésre kerül. A régióban számos olyan egyesületet, szervezetet találunk, melyek munkájukat önkéntes alapon végzik, és általában egy-egy csoport (fogyatékosokkal élők, nagycsaládosok stb.) támogatására jönnek létre, pl.: Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Értelmi Fogyatékosok Érdekvédelmi Egyesülete, „Mosolyvilág” Nagycsaládosok Debreceni Egyesülete. Az önkéntesek segítségére, aktív részvételére épül a Vöröskereszt szervezeteinek munkája is.

A szociális ellátórendszer helyzete ellátási területenként

Gyermekjólét, gyermekvédelem

A gyermekek szegénysége és veszélyeztetettsége Észak-Alföld régió egyik legjelentősebb szociálpolitikai problémája, és egyben a legnagyobb kihívás a szociális intézményrendszer számára. A vidéki régiók közül Észak-Alföld régióban a legmagasabb a gyermekjóléti szolgálatok hatáskörébe került gyermekek száma.

Közép-Magyarország régió után ebben a régióban találjuk a legtöbb védelembe vett gyermeket. Hajdú-Biharban a Berettyóújfalui, Jász-Nagykun-Szolnok megyében a Mezőtúri,

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében pedig a Tiszavasvári kistérségben a legmagasabb ezen gyermekek aránya. A veszélyeztetettség leggyakoribb oka a gyermekek egészséges nevelkedéséhez szükséges anyagiak hiánya, valamint a szülők alkoholizmusa.

A gyermekjóléti rendszer Szabolcs-Szatmár-Bereg és Jász-Nagykun-Szolnok megyében küzd a legsúlyosabb hiátusokkal.

Napközbeni ellátás

A gyermekek napközbeni ellátása hiányos a régióban. Bár a bölcsődék száma más vidéki régiókhoz képest viszonylag magas, a területi megoszlásuk már korántsem ilyen kedvező: a bölcsődék csaknem fele a megyeszékhelyeken működik, míg a társadalmi-gazdasági szempontból legelmaradottabb kistérségekben egyáltalán nincs ilyen intézmény, tehát éppen ott, ahol a fentebb vázolt indokok alapján a legnagyobb szükség lenne rá.

A családi napközik és a házi gyermekfelügyeletek száma elenyésző.

Az óvodai csoportok száma 1998-2002 között lecsökkent, de a központi régió után még mindig itt volt a legmagasabb a számuk. 1998-ban az 59 838 férőhelyre 63 252 gyermeket írtak be, tehát a gyermekek száma lényegesen meghaladta a férőhelyek számát. 2002-ben azonban az Észak-Alföldön 58 567 férőhelyre 57 850 beíratott gyerek jutott, azaz a férőhelyek kihasználatlanok maradtak. Ennek több oka lehet: egyrészt az óvodáskorú gyermekek (3-5 évesek) száma 1998-ról 2002-re 13 százalékkal csökkent a régióban, másrészt a munkanélküliségi ráta 1993-2003 között az országos átlagot meghaladta, így több munkanélküli szülő maradhatott otthon a gyermekkel. 1998-ban Közép-Magyarország után Észak-Alföld régióban írták be a legtöbb gyereket iskolai napközibe (65 550 főt), s a beíratottak száma 2002-re 8 százalékkal (70 798 főre) nőtt; legnagyobb mértékben Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében (14 százalékkal), a legkisebb arányban pedig Hajdú-Bihar megyében (1 százalékkal). A napközis gyermekek száma a központi kistérségekben a legtöbb.

Gyermekek átmeneti ellátása

A gyermekek átmeneti ellátása nem megfelelően kiépült a régióban, különösen a helyettes szülői gondozás és a gyermekek átmeneti otthonban való elhelyezése. Főleg a helyettes szülői hálózat kiépítésének hiánya jelent hátrányt, hiszen ennél az ellátási formánál a gyerekek családias környezetben, kisebb csoportban nevelkedhetnének addig, amíg a szülő újból vállalni nem tudja a gondozásukat.

Észak-Alföldön összesen 4 kistérségben működött gyermekek részére átmeneti otthon: Hajdú-Bihar megyében a Debreceni kistérségben, illetve 2003 októbere óta a Biharkeresztesi kistérségben (8 fős átmeneti otthon), Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében pedig a Baktalórántházai és a Nyíregyházai kistérségben. Jász-Nagykun-Szolnok megyében a következő településeken szükséges létrehozni gyermekek átmeneti otthonát: Szolnok, Jászberény, Karcag, Törökszentmiklós, Mezőtúr; Hajdú-Bihar megyében pedig Hajdúszoboszló és Hajdúböszörmény.

Az ellátásban részesült gyermekek száma a régióban 2002-ben összesen 81 fő volt.

Gyermekvédelmi szakellátások

A gyermekotthoni és a nevelőszülői ellátást összehasonlítva az látható, hogy a régióban több gyermeket helyeznek el gyermekotthonban, mint nevelőszülőnél, annak ellenére, hogy ez utóbbi esetben a gyermek családi környezetben, nem intézményi keretek közt nevelkedhetne.

Családvédelem, családsegítés

A családsegítő szolgálatokról megállapítható, hogy mind mennyiségi, mind minőségi szempontból ez a legkiforrotlanabb alapellátási forma a régióban. Ez az a szolgáltatás, amelyet a legkevésbé képesek önállóan működtetni az önkormányzatok, illetve ahol működik az ellátás, ott is számos aspektusból problematikusnak tekinthető. Régiószerte gyakori a családsegítés önkormányzati társulási formában történő biztosítása, amely egyrészt örvendetes, hiszen legalább a lakosság számára elérhető az ellátás, másrészt viszont megkérdőjelezi a szolgáltatás színvonalát. Szintén negatívum, és a súlyos humán erőforrás-problémákra utaló jelenség, hogy nagyon magas azon települések aránya, ahol a védőnő egy személyben látja el a gyerekjóléti, családsegítői és egészségügyi feladatokat is. Továbbá az egész régióban magas a fluktuáció a családsegítő szolgálatoknál.

Idősellátás

A régiót alkotó megyék közül Jász-Nagykun-Szolnok megyében 100 gyermekkorúra 84 idős ember jut, míg Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 86, Hajdú-Biharban pedig 77 ez az arány. Mindhárom megyében emelkedett az egyedülálló idős emberek aránya. Az időskorúak ellátása a szociálpolitikai intézkedések között prioritást élvez mindhárom megyében, ennek köszönhetően – bár némely ponton problematikus működésű – kiépítettnek tekinthető az intézményrendszer. Régiós szinten elmondható, hogy az elmúlt években elsősorban a tartós bentlakásos és az átmeneti ellátások terén történt fejlődés,

míg az alap- és nappali ellátások terén stagnálás következett be. Jellemző továbbá, hogy az idősellátó-rendszerben mérséklődött az állami szféra dominanciája, egyre markánsabb a civil, a magán- és az egyházi szféra szerepvállalása. Az alapellátások terén általános probléma, hogy a házi segítségnyújtásban és étkeztetésben alkalmazott szakdolgozók száma nem elegendő, valamint nagy a fluktuáció. Bár a tartós bentlakást biztosító intézményrendszer mindhárom megyében többnyire kiépült, működésük súlyos hiányosságokkal, problémákkal terhelt. A legtipikusabb problémák: az akadálymentesítés megoldatlansága; elhelyezési problémák; demens részlegek hiánya; a helyiségek, berendezések állapota, száma nem megfelelő; szakemberhiány.

Fogyatékossgal élő személyek támogatása

A régióban a fogyatékossgal élő személyek ellátása terén az átmeneti elhelyezésben mutatkoznak a legsúlyosabb hiányok. Egyedül Hajdú-Bihar megyében, Debrecenben működik gondozóház – mely vélhetőleg nem tudja kielégíteni a felmerülő igényeket –, a másik két megyében pedig teljesen hiányzik ez az ellátási forma. A bentlakásos intézményi ellátás a legkiépültebb az ellátási formák közül. Ezért a legfőbb cél a már meglévő bentlakásos intézmények modernizációja, a tárgyi feltételek javítása, az akadálymentesítés, férőhelybővítés és a korszerű módszerek alkalmazása. A lakóotthoni ellátás fejlesztésre szorul a régióban. Bár mindhárom megyében működik ez az ellátási forma, elsősorban Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében épült ki: míg Jász-Nagykun-Szolnok megyében 4, Hajdú-Bihar megyében 2, addig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 10 lakóotthon várja a fogyatékossgal élő személyeket.

Szenvedélybetegek segítése

Az egész régióra jellemző, hogy az egyik legellátatlanabb csoportot a szenvedélybetegek és a pszichiátriai betegek alkotják. A nappali és az átmeneti ellátás szinte teljesen hiányzik az Észak-Alföld területén. Egyedül Nyíregyházán működik szenvedélybetegek átmeneti otthona, 40 férőhellyel. A tartós, bentlakásos elhelyezés a legkiépültebb a régió mindhárom megyéjében. A rehabilitáció terén szintén súlyos hiányosságok tapasztalhatók, a lakóotthoni elhelyezés szintén fejlesztésre szorul.

Munkaerőpiacról kiszoruló

Szociális földprogram

E támogatási rendszer a régió mindhárom megyéjében jelen van: az országban az elsők között, modellkísérletként Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében indították el, egy évvel később Jász-Nagykun-Szolnok, majd 1995-ben Hajdú-Bihar megyében. Észak-Alföld régió három megyéjében 1997 és 2002 között összesen 104 településen működött a szociális földprogram. Előfordulási gyakoriságuk Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legnagyobb, itt található a támogatott települések 70 százaléka.

Az ágazati minisztérium 1997-2002 között 500 819 ezer forintot fordított a szociális földprogramok támogatására a régióban. Ez az országos támogatás 32,8 százaléka. A régiók közül Észak-Magyarország után Észak-Alföld részesült a legtöbb támogatásban. A programban érintett települések számával arányosan a régióban Szabolcs-Szatmár-Bereg megye kapta a támogatások 75 százalékát.

Szociális közmunkaprogram

A 2001-ben indított szociális közmunkaprogramban a régióban összesen 193 fő bevonására került sor, ez az országban a programban alkalmazottak 17,8 százaléka. A kedvezményezettek házi gondozói, ápolói feladatokat láttak el szociális intézményeknél. A program befejezésekor 163 fő állt alkalmazásban a megvalósító szervezeteknél.

Hajléktalan személyek ellátása

Észak-Alföld régió mindhárom megyéjében ez a legkialakulatlanabb ellátástípus. A hajléktalan emberek ellátása főként a nappali melegedőkre, az éjjeli menedékhelyekre és az átmeneti szállásokra korlátozódott. Az intézményrendszerből hiányoznak az ápoló-gondozó intézményi férőhelyek és a rehabilitációt biztosító intézmények. Utcai munkát végző szociális munkások nagyon alacsony számban működnek ezen a területen, egy-két megyeszékhelyen biztosított a terepen történő segítségnyújtás a hajléktalan személyek számára, de ezt elsősorban karitatív szervezetek működtetik. Amint erre már érintőlegesen történt utalás, a kistelepüléseken egyáltalán nem épült ki hajléktalanságot kezelő intézményrendszer.

A rendelkezésre álló nappali melegedők és átmeneti szállók férőhelyei iránti igény mindhárom megyéjében jóval magasabb, mint amit az intézmények kapacitása elbír.

Innováció a szociális szférában

Módszertani intézmények

A helyzetelemzés készítésekor a régióban tíz módszertani intézmény működött: 1 országos módszertan (földprogramok és falugondnoki ellátás), 1 regionális családsegítő, 1 regionális módszertani bölcsőde, 3 megyei módszertani intézmény, 3 gyermekjóléti módszertani intézmény, 1 regionális adósságkezelés módszertani intézmény pályázati támogatással. Ezen kívül 3 intézmény vesz részt a 2003-ban indult „Módszertani terepintézmények” c. projektben, illetve 4 településen működik Szociális Igazgatási Mintahely.

Szociális felsőoktatás, szakemberképzés, K+F

Észak-Alföld régióban szociális szakemberképzés Debrecenben, Nyíregyházán, Jászberényben és Hajdúböszörményben folyik. A szociális képzéseket tekintve a régiók között – Közép-Magyarország mellett – az élen áll a régió: jelenleg két intézményben képeznek általános szociális munkásokat, egy intézményben szociálpolitikusokat és háromban szociálpedagógusokat.

A 2002-es létszámadatok azt mutatják, hogy az ország összes felsőfokú szociális képzésére beiratkozott hallgatók mintegy 31 százaléka tanult ebben a régióban, a végzettek száma szintén itt a legtöbb, 732 fő, ami az országban a szociális felsőoktatásban diplomát szerzők 39,2 százaléka. Az Országos Képzési Jegyzékben (OKJ) szereplő középfokú szociális képzések számát tekintve Közép-Magyarország után a régióban indult a legtöbb (54) ilyen típusú képzés. A legtöbben szociális gondozó és ápoló képzésben vettek részt (877 fő), emellett a mentálhigiénés asszisztens (124 fő) és szociális asszisztens (91 fő) képzésekre iratkoztak be nagyobb számban. Észak-Alföld a régiók között a kutatás-fejlesztés területén az elsők között áll. 2002-ben csak Közép-Magyarországon és Dél-Alföldön működött több kutató-fejlesztő hely, mint ebben a régióban. Az országban lévő kutató-fejlesztő intézmények 10,5 százalékát tartották nyilván a térségben. A régióon belül a kutatási-fejlesztési tevékenység erőteljesen Hajdú-Bihar megyében koncentrálódik. A régióban működő 256 kutató- és fejlesztő hely 66,7 százaléka (171 db) található Hajdú-Bihar megyében. A legkevesebb intézmény Jász-Nagykun-Szolnok megyében található (26 db).

Civil szervezetek, piaci cégek a régió szociális ellátórendszerében

A legtöbb szociális célú civil szervezet, szám szerint 170, Jász-Nagykun-Szolnok megyében található, míg Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 94, Hajdú-Bihar megyében pedig 63 ilyen szervezet működik. Ezek közül a legjellemzőbb mindhárom megyében az alapítványi és egyesületi forma, míg a közalapítványok és közhasznú társaságok száma kevesebb. A civil szervezetek szerepvállalása sokrétű. Részt vesznek a szociális szolgáltatások nyújtásában, az önkormányzatoktól vállalnak át feladatokat ellátási szerződések keretében. A szervezetek közötti kapcsolatokról mindhárom megyében elmondható, hogy széleskörű partnerség még nem alakult ki közöttük, általában egy-egy konkrét projekt, pályázat megvalósításában működnek együtt. Megyénként kialakult egy viszonylag alacsony számú – 10-15 szervezetet magában foglaló – szervezeti kör, melyek könnyen mozgósíthatók, részt vesznek a különböző fórumokon, rendezvényeken, aktív, sikeres pályázók, és párhuzamosan több projektet is működtetnek.

Problémaorientált ellátások, innovatív intézmények

A régióban a módszertani intézmények jelentős innovációs potenciállal rendelkeznek, 26 innovatív programot valósítottak/valósítanak meg; a legtöbbet (tizenegyet) Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, a legkevesebbet (hetet) Jász-Nagykun-Szolnok megyében.

A jelentősebb szociális célú civil szervezetek komplex programjai sokoldalú innovációt valósítanak meg, továbbá a régió felsőoktatási intézményeiben folyó kutató/fejlesztő munkának is fontos szerepe van az ellátások megújításában, komplex fejlesztésében.

A régióban kiterjedt – a szakminisztérium által támogatott – szociális válságkezelő programok néhány projektje tovább erősítette az innováció terjedését.

Arany Orsolya Virág

DÉL-DUNÁNTÚL RÉGIÓ SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI HELYZETELEMZÉSÉNEK ÖSSZEFOGLALÓJA

A RÉGIÓ FŐ JELLEMZŐI SZOCIÁLIS SZEMPONTBÓL

A 90-es évek elején végbement gazdasági átalakulás következtében Dél-Dunántúl régió kistérségei erőteljesen polarizálódtak, a korábbi területi egyenlőtlenségek tovább nőttek. Ebben jelentős szerepet játszott a térség közlekedési hálózatának fejletlensége, a régió külső és belső megközelíthetőségének nehézségei, a kedvezőtlen összetételű gazdaságstruktúra, a mezőgazdaság meghatározó jelenléte.

Ugyancsak kedvezőtlen gazdasági környezetet teremt a szétszabdalt, aprófalvas településszerkezet. A települési hátrányokat tovább súlyosbítja a helyben elérhető intézmények, szolgáltatások hiánya, melyet a funkcionálisan többnyire gyenge kisvároshálózat sem képes kompenzálni. Ezzel szemben a megyeszékhelyek erős népességkoncentrációja és funkcionális (gazdasági, intézményi) dominanciája jellemző.

Az országos átlagot meghaladóan, a Dél-Dunántúl lakosságának közel fele községben/kisközségben él.

A gazdaságfejlődés előnytelen feltételrendszerének köszönhetően az országos átlagot meghaladó a munkanélküliség, ezen belül is a tartós állástalanok magas hányada, az inaktívak meghatározó jelenléte és alacsony foglalkoztatottsági szint jellemzi a régiót. Mindez megsokszorozta a gazdaságilag aktív lakosságra háruló terheket, ami tovább rontja a térség versenyképességét.

A régió népességének az országos átlagnál kedvezőtlenebb iskolai végzettség szerinti összetétele nehezíti alkalmazkodóképességét a gazdaság változásához.

A népesség korösszetétele igen kedvezőtlen. Ebben az alacsony születésszám és a régió egyes térségeinek az átlagosnál rosszabb halálozási mutatói mellett az elvándorlás is szerepet játszik.

A veszélyeztetettség problémájának regionális súlyát jelzi, hogy az 1000 megfelelő korúra jutó nyilvántartott veszélyeztetett gyermekek száma az egyik legmagasabb a régiók között. Bár a

korábbi évekhez képest csökkenő súllyal, de még mindig az anyagi ok dominál a veszélyeztetettséget kiváltó tényezők közt (72,1%).

A régióra jellemző a különböző etnikumok jelenléte: Baranyában cigány, horvát és német, Somogyban cigány, Tolnában német nemzetiségűek élnek nagyobb számban. Egyes településeken jelentős, illetve meghatározó a roma lakosság részaránya. Körükben a társadalmi-gazdasági hátrányok halmozódása gyakrabban figyelhető meg, mint a nem roma lakosság között.

A társadalmi-gazdasági szempontból kedvezőtlen tényezők – többnyire az országosnál gyakoribb – előfordulására és az ennek nyomán kialakult egyenlőtlenségek kezelésére a régió szociális ellátórendszere felkészületlen, hiányos a kiépítettsége. A települések – főként a kistelepülések – jelentős hányadában a legalapvetőbb szociális szolgáltatások sem hozzáférhetőek, így e téren is indokolatlan területi egyenlőtlenségek keletkeznek. Az alapellátás alulfejlettségéből adódóan a szakellátások iránt túlzottan magas igény jelentkezik, melyet a bentlakásos intézmények kapacitáshiány miatt nem képesek maradéktalanul kielégíteni. Indokolt tehát mind a szociális, mind pedig a gyermekvédelmi alap- és szakellátás minőségi és mennyiségi fejlesztése.

A gyermekjóléti alapellátások elérhetőségében a legnagyobb problémák a gyermekjóléti szolgálatok (Baranya), bölcsőde, valamint az alternatív napközbeni ellátások és a gyermekek átmeneti otthonának igénybevétele terén mutatkoznak. A gyermekvédelmi szakellátásokat tekintve komoly hiányosság, hogy a pszichiátriai beteg, illetve a fogyatékos gyermekek elhelyezésére szolgáló otthonok (speciális, illetve különleges) kialakítása nem történt meg, így ezeknek a gyermekeknek a nevelését, gondozását integrált módon, az egészséges gyermekekkel együtt valósítják meg.

A települési hátrányok mérséklésére hivatott falugondnoki hálózat országos viszonylatban ugyan kiépült a régióban, de még számos településen (a 600 fő alatti települések közel kétharmadában) indokolt ezen szolgálat elindítása a lakosság életminőségének javítása érdekében. A kistelepülések méretgazdaságossági nehézségei tompítására is alkalmas önkéntes településközi kapcsolatok, társulások jelenléte ellenére az önkormányzatok a bennük rejlő lehetőségeket nem használják ki kellőképpen. Indokolt lenne erőteljesebben ösztönözni ezek minél szélesebb körű elterjesztését.

A szociális szolgáltatások megszervezésében, biztosításában még mindig igen erőteljes az állami dominancia, annak ellenére, hogy egyes területeken (főként a szenvedélybetegek és a hajléktalan személyek ellátásában) jelentős a nem állami szereplők (egyházi, civil) részvétele. Az igények fokozódó differenciálódása erőteljesebb jelenlétüket igényli más ellátotti csoportok esetében is.

A régió népességének szociális helyzetét meghatározó, többnyire kedvezőtlen tényezők megváltoztatásához az ágazatunk önmagában képtelen. Eredményes változások eléréséhez más ágazatok, szakpolitikák – a területfejlesztés, a regionális, a gazdaság-, a foglalkoztatás-, az oktatáspolitikák, az egészségügy – szoros együttműködésére, komplex fejlesztésekre van szükség.

TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HELYZETKÉP

FÖLDRAJZI HELYZET, TELEPÜLÉSSZERKEZET

Dél-Dunántúl régió közigazgatásilag három megyét foglal magában: Baranya, Somogy és Tolna megyét.

A régió 14 169 km²-es területe alapján közepes méretű régiónak számít, az ország területének 15%-át foglalja el. A régióban lakik az ország lakosságának közel 10%-a, 985 003 fő. Így országos viszonylatban itt a legkisebb a népsűrűség. A régió természetes központja Pécs, ahol a régió gazdasági-kulturális életének szálai is összefutnak.

Az ország 168 kistérsége közül a dél-dunántúli régióban 24 található, ebből 9 Baranya, 10 Somogy, 5 pedig Tolna megye területén. E kistérségeket összesen 654 (2003-as adat) település alkotja, közülük 34 városi, 620 községi jogállással rendelkezik. Valamennyi kistérségi központ város.

A Dél-Dunántúl településszerkezete jellemzően aprófalvas, a települések több mint fele (51,38%) 500 fős lélekszámot el nem érő törpefalu. Ebbe a kategóriába tartozó községek legnagyobb arányban Baranyában (66,7%) fordulnak elő, de gyakori a somogyi térségben is (aránya 43,27%).

A jelenlegi városhálózat városai mintegy negyedének lélekszáma alig haladja meg a 10 ezer főt, további 25%-ának – melyek az elmúlt másfél évtizedben nyertek városi rangot – lakosság száma még az előzőeknél is gyérebb. A 90-es években lezajlott intenzív városodási folyamat ellenére a régió egyes térségei (Tolna megye középső része, a Zselicség vagy a somogyi dombvidék) jelenleg is városhiányosak.

Az aprófalvas jelleget az átlagos népességszám is tükrözi. Az egy településre jutó lakosságszám 9 körzetben (pécsváradi, sásdi, sellyei, siklósi, szentlőrinci, szigetvári, balatonföldvári, marcali és tabi) még a városokkal együtt sem éri el az 1000 főt.

Részben a településhálózatnak tudható be, hogy a Dél-Dunántúl a legritkábban lakott régió. Megyei szinten az országos értékhez képest a legnagyobb elmaradás Somogyban tapasztalható (55 fő/km²). Baranya relatíve jobb helyzetét a Pécsi kistérség kiugróan magas népességkoncentrációjának köszönheti. Baranya 3 (Sásdi, Sellyei, Szigetvári), Somogy 6 (Barcsi, Csurgói, Lengyeltóti, Marcali, Nagyatádi, Tabi), valamint Tolna megye egy (Tamási) kistérségének népsűrűsége az országos átlag 50%-át sem éri el.

A kedvezőtlen településnagyságból adódó hátrányokat tovább súlyosbítja a települések viszonylagos területi elzártsága is. A települések közel egyharmada zsáktelepülés, melyekből a legtöbb Baranyában található.

A szétszabdalt településszerkezet ellenére magas a külterületen élő lakónépesség száma és aránya. Dél-Alföld és Észak-Alföld régió után a Dél-Dunántúlon él a népesség legnagyobb hányada a település központjától akár néhány száz méterre, akár több kilométerre fekvő külterületen. Ezen területek eltérő – de többnyire kedvezőtlen, hiányos, illetve elavult – infrastruktúrával rendelkeznek, s különböző mértékben szembesülnek az alapvető (egészségügyi, oktatási, szociális, kereskedelmi) szolgáltatásokhoz való hozzáférés nehézségeivel. Szegregált településrészek egyes községek mellett, valamint a városok környezetében egyaránt megtalálhatók.

DEMOGRÁFIAI HELYZET

A régió népességének korösszetétele az ország egészéhez hasonlóan igen kedvezőtlen, melyért az alacsony születésszám mellett a régió egyes térségeinek (Barcsi, Fonyódi, Tabi, Tamási kistérségek) az átlagosnál rosszabb halálózási mutatói felelősek, de szerepet játszik benne az elvándorlás is. Főként a válságterületek népességmegtartó képessége gyenge, és jellemzően ezekben a többnyire aprófalvas térségekben érhető tetten a települések „gettósodása.”

A gyermekkorúak aránya regionális szinten megegyezik az országoséval. A régió egyes megyéiben a 14 év alatti gyermekek aránya nem mutat lényeges eltérést. A kistérségek közül a Sellyei és a Lengyeltóti kistérségben kimagasló a gyermekkorúak hányada. Ennek az ellenkezője igaz a pécsi, a balatonföldvári és a fonyódi körzetre.

A 60-69 éves korosztály népességén belüli aránya a Dél-Dunántúl megyéiben lényegében az országos hányadnak megfelelő. A 70 év felettek esetében elenyésző különbség tapasztalható lefelé (Baranya), illetve felfelé (Somogy, Tolna). A kistérségek vonatkozásában azonban már látványosabb eltérések mutatkoznak. Az ehhez a korcsoporthoz tartozók legnagyobb arányban a Szigetvári, a Barcsi és a Csurgói kistérségben élnek. Az ellenpólust a balatonföldvári és a fonyódi térség jelenti.

LAKÁSHELYZET

Dél-Dunántúl régió a lakásállomány komfortosságát tekintve megközelíti az országos átlagot. A régió mutatói mögött azonban jelentős területi szóródások figyelhetők meg. Az életminőséget nagyban meghatározó komfort nélküli, illetve szükséglakások aránya – főként az aprófalvas térségekben (Sásdi, Sellyei, Csurgói, Tabi, Tamási kistérség) – igen számottevő. A régió kommunális ellátottsága 2001-ben többnyire kedvezőtlenebb az országosnál (különösen a szennyvízcsatorna-hálózat kiépítettsége, a vezetékes gáz, valamint a központos fűtés elterjedtsége vonatkozásában).

A magánháztartásokban élők közül az országos aránynál (26,3%) valamivel alacsonyabb az egyfős háztartásokban élők aránya a régióban (24,1%). A megyék viszonylatában számottevő különbség a háztartások nagyság szerinti megoszlásában nem mutatódhat ki, a kistérségek körében azonban igen. Az egyszemélyes háztartások aránya a Pécsi kistérségben a legmagasabb (28,3%). A pécsváradi, a sásdi, a szentlőrinci, valamint a bonyhádi térségben a 4, illetve az 5 vagy több fős háztartások előfordulási gyakorisága jelentősen nagyobb, mint megyei vagy országos viszonylatban. A fentiekén kívül a sellyei, a csurgói, továbbá a lengyeltóti térségre is igaz a nagycsaládok országos és megyei átlagot meghaladó jelenléte.

MAKROGAZDASÁGI FOLYAMATOK

A régió gazdasági teljesítménye országos összehasonlításban közepesnek tekinthető. Az egy főre jutó GDP tekintetében Tolna megye mutatója a legkedvezőbb, melyet Baranya, majd

végül Somogy követ. A megyék gazdasági mutatói mögött azonban markáns területi különbségek vannak. Ezt támasztja alá, hogy a régiót alkotó 24 kistérségből 18 a területfejlesztés szempontjából kedvezményezett területek közé sorolható.

A területfejlesztés szempontjából kedvezményezett kistérségek a régióban

Baranya	Somogy	Tolna
Komlói	Balatonföldvári	Dombóvári
Mohácsi	Barcsi*	Tamási*
Sásdi*	Csurgói*	
Sellyei*	Fonyódi	
Siklósi	Lengyeltóti*	
Szigetvári*	Marcali	
Pécsváradi	Nagyatádi	
Szentlőrinci*	Tabi*	

*-gal jelzett jelzett kistérségek területfejlesztés szempontjából leghátrányosabb kistérségek közé tartoznak
(Forrás: 64/2004. (IV. 15.) Korm.r. 1. sz. melléklet)

A KSH által meghatározott kistérségi fejlettségi típusok szerint a régió kistérségeinek több mint fele a lemaradó vagy stagnáló körzetek közé tartozik. A gazdasági- társadalmi helyzetet, illetve fejlődést jellemző mutatók szerint a Dél-Dunántúlon dinamikus fejlődő térség egy sem található.

Dél-Dunántúl régió kistérségeinek típusai

Kistérségi típusok	Baranya	Somogy	Tolna
	megye		
Dinamikusan fejlődő	X	X	X
Fejlődő	Pécs	Balatonföldvári, Fonyódi, Kaposvári, Siófoki	Szekszárdi, Paksi
Felzárkózó	Mohácsi, Pécsváradi	X	Bonyhádi, Dombóvári
Stagnáló	Siklósi, Szentlőrinci	Barcsi, Lengyeltóti, Marcali, Nagyatádi, Tabi	Tamási
Lemaradó	Komlói, Sásdi, Sellyei, Szigetvári	Csurgói	X

(Forrás: Faluvégi Albert: Kistérségeink helyzete az EU küszöbén (In.: Területi Statisztika 7. évfolyam 5. szám, 2004)

Az elmúlt évtizedben jellemző tendencia a gazdasági aktivitás csökkenése. A régió aktivitási aránya 49,7%, mely 2,2 százalékponttal elmarad az országos átlaghoz képest. 2002-ben a Dél-Dunántúl 15-74 éves népességéből 378 387 fő volt gazdaságilag aktív. A férfiak részaránya – az országos trendnek megfelelően – meghaladja a nőkéét, a három megyében közel azonos mértékben. 2002-ben a foglalkoztatottak és a munkanélküliek száma együttesen 382 534 fő volt.

A régió nemzetgazdasági ágak szerinti foglalkoztatási struktúrája 2002-ben – az előző évtizedekhez hasonlóan – eltért az országos megoszláshoz képest. A mezőgazdaságban foglalkoztatottak súlya jelentősebb az országosnál, a szolgáltatásban és az iparban foglalkoztatottak arányának rovására.

A régió társas vállalkozási aktivitásának alacsony szintje a kedvezőtlenebb gazdasági környezetre és szerkezetre utal. A Dél-Dunántúl gazdasági helyzetéből adódóan a kereseti átlagok tekintetében is a középmezőnyben helyezkedik el a régiók sorában. A dél-dunántúli megyék átlagos kereseti adataiban is jelentős eltérések észlelhetők. A legkedvezőbb átlagkeresetet Tolna megyében regisztrálták. Ennél közel 7%-kal szerényebb Baranya, és megközelítőleg ötödével kevesebb Somogy megye átlagos értéke.

A RÉGIÓ SZOCIÁLIS HELYZETÉT MEGHATÁROZÓ KÖRÜLMÉNYEK

TERÜLETI FOLYAMATOK

A Dél-Dunántúl térszerkezete szélsőséges. A közepes városok hiánya és az elaprózott településszerkezetű falusias térségek a régióknak erősen rurális karaktert kölcsönöznek. A falvak nagy számának és a városok alacsony lélekszámának köszönhetően a községekben élők aránya közel 10 százalékponttal felülmúlja az országos arányt. Egyes kistérségek vonatkozásában a falusi lakónépesség aránya az országos átlag (34,9%) kétszeresét is megközelíti (Pécsváradi, Csurgói, Tamási kistérség), illetve meg is haladja (Sásdi, Balatonföldvári, Tabi kistérség). A kistérségi központok ugyan minden esetben városok, ám többnyire csak korlátozottan képesek ellátni városi szerepkörüket – lélekszám, gazdasági, egészségügyi, szociális, oktatási és kulturális potenciál tekintetében.

A régió térszerkezetéből adódóan alakult ki egyes kistérségekben a központi települések megyehatár(oka)t átívelő – főként foglalkoztatási és szolgáltatási-ellátási – vonzása. Kiemelendő ezen kistérségek közül a Bonyhádi, valamint a Dombóvári kistérség.

KÖZLEKEDÉSI ADOTTSÁGOK, HOZZÁFÉRÉSI PROBLÉMÁK

Dél-Dunántúl a közlekedési infrastruktúrát tekintve az egyik legrosszabb helyzetű régió. Mind a régiónak, mind egyes részeinek a közúti elérhetősége fejlesztést igényel. A kedvezőtlen közlekedési adottságok nagymértékben behatárolják a társadalmi-gazdasági fejlődés lehetőségeit. Főként a kisközségek lakosságának közlekedési gondjain enyhít a régióban igen elterjedt falugondnoki szolgáltatás, melynek célja az aprófalvak intézményhiányából eredő települési hátrányok mérséklése is, így a tanulók, dolgozók iskolába, illetve munkába történő eljuttatása, valamint egyéb közlekedési, szállítási igények kielégítése.

A régió településszerkezetéből adódóan (aprófalvak magas aránya) sok településen nem megoldott helyben az alap- és középszintű oktatás hozzáférhetősége, nincs megfelelő mennyiségű és minőségű munkaalkalom, aminek következtében a lakosság jelentős része kényszerül ingázásra. Ennek ellenére – a közlekedési adottságokból adódóan is – az ingázó népesség megoszlása alapján a régiók rangsorában Dél-Dunántúl csak a középmezőnyben helyezkedik el. Az ingázás elsősorban a nagyobb – munkaerőt felszívni képes – városközponttal bíró körzetek közelében, a viszonylag jobb közlekedési infrastruktúrával bíró kistérségekben jellemző (Pécsváradi, Sásdi, Szentlőrinci, Balatonföldvári kistérség).

A NÉPESSÉG EGÉSZSÉGÜGYI HELYZETE

A régió értékei a születéskor várható élettartam tekintetében mindkét nem vonatkozásában némileg elmaradnak az országos átlagtól. Tekintettel arra, hogy a születéskor várható életkilátások nagymértékben függenek az adott területi egység gazdasági fejlettségétől, egészségügyi és szociális ellátottsági színvonalától, valamint kultúrájától, s a régió az említett dimenziók szerint igen heterogén összetételű, a kistérségek szintjén számottevő különbségek valószínűsíthetők.

Az egészségügyi alapellátás a települések zömében hozzáférhető. Jelentős különbség van azonban a települések között a rendelések gyakoriságában, valamint a házi orvosok leterheltségében. A szakorvosi, valamint a fekvőbeteg-ellátás megszervezése a városokra

jellemző, számottevő mennyiségi és minőségi eltérésekkel. A legkedvezőbb ellátottságot a megyeszékhelyek tudhatják magukénak.

ISKOLÁZOTTSÁGRA VONATKOZÓ ADATOK

Az alapfokú oktatási intézmények területi elhelyezkedése megfelelőnek mondható, míg a középiskolák vonatkozásában kedvezőtlenebb a régió ellátottsága. Vannak olyan kistérségek (Balatonföldvári, Lengyeltóti), melyek egyetlen érettségit adó középiskolával sem rendelkeznek. Mind az alap-, mind pedig a középfokú intézmények esetében megfigyelhető a megyeszékhelyekre, illetve azok környékére való koncentrálódás. Ez alól kivételt képez a szakképző intézetek területi elhelyezkedése. A felsőoktatási intézmények működtetésénél szembevetendő a megyeszékhelyeket is magukba foglaló körzetek dominanciája.

Mind országosan, mind regionálisan folyamatosan növekszik a közép- és felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya, és egyre kevesebben vannak azok, akik az általános iskola elvégzéséig sem jutnak el. A kedvező változások ellenére a régió a középiskolai érettségivel és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők tekintetében is elmarad az országos átlagtól. A régiót alkotó megyék közül a legkedvezőbb képzettségi mutatókkal Baranya rendelkezik, melyet Somogy, majd Tolna követ a sorban. A kistérségek iskolázottsági adatait vizsgálva a megyei eltéréseknél lényegesen jelentősebb területi differenciáltságot tapasztalunk. A kedvezőtlenebb iskolázottsági jelzőszámokkal a pécsváradi, a sásdi, a sellyei, a siklói, a szigetvári, a barcsi, a csurgói, a lengyeltóti, a marcali, a tabi és a tamási körzetek rendelkeznek.

FOGLALKOZTATOTTSÁGI HELYZET

Munkanélküliség

A régióban 2002-ben 44 738 fő munkanélkülit tartottak nyilván, ami az 1998-as évhez képest ugyan kedvező változás, azonban a csökkenés mértéke (3,6%) elmaradt az országos átlagtól. Megyei, de különösen kistérségi szinten lényeges különbségeket tapasztalunk. Tolna megye összességében és valamennyi kistérsége vonatkozásában is a munkanélküliek számának csökkenését regisztrálhatta. Ezzel szemben Baranya szélsőséges eltérések mellett szerényebb mérvű javulást könyvelhetett el, míg Somogyban a nyilvántartások szerint nőtt a munkanélküliek száma.

Mind a fizikai, mind pedig a szellemi foglalkozásúak körében csökkent a munkanélküliek száma 2002-ben 1998-hoz képest, azonban az utóbbiak esetében jelentősebb mértékben. Így a munkanélküliek túlnyomó többsége (87,1%-a) 2002-ben is a fizikai munkavállalók köréből került ki. Az állástalanok nagyobbik hányadát a férfiak adják regionális és megyei szinten is. A nők magasabb részaránya a munkanélküliek között mindössze öt kistérségben (Pécsi, Balatonföldvári, Fonyódi, Siófoki, Paksi) mutatható ki.

A 180 napon túli munkanélküliek részaránya 2002-ben 1998-hoz képest csökkent a munkanélküliek állományán belül, így arányuk 50% alá mérséklődött. E tekintetben is jelentős különbség figyelhető meg a kistérségek szintjén, 27,1 és 62,8% között szóródik a regisztrációban bennragadt állástalanok hányada. Legmagasabb az arányuk a Sásdi, a Szigetvári és a Sellyei kistérségben.

Állás nélkül a legtöbben a déli határszéli (a sellyei, a barcsi és a szigetvári körzetekben), valamint a Sásdi és a Tamási kistérségekben voltak 2002-ben. Mindegyik terület aprófalvas, viszonylag sok zsáktelepüléssel, rossz úthálózattal, mostoha közlekedési feltételekkel, ennek folyamánaként kevés a munkahely. Az e területen élők képzettségi foka kedvezőtlenebb a régió átlagánál. Ezzel szemben a centrum térségekben, a nagyobb városok környékén a kedvezőbb gazdasági feltételeknek és az új vállalatok megtelepedésének köszönhetően a munkanélküliség szintje jóval a regionális átlag alatt van.

A munkanélküliek jelentős hányada – csakúgy, mint országosan – az alacsonyan képzettek köréből került ki. A regisztrált állástalanok 47%-ának legfeljebb általános iskolai végzettsége van.

A foglalkoztatás struktúrája

A régióban élő népesség gazdasági aktivitás szerinti összetétele az országos átlaghoz hasonlóan jelentősen átrendeződött az utóbbi évtizedekben, azaz 1980-hoz képest 2001-ben az eltartottak és a foglalkoztatottak népességen belüli aránya csökkent, míg az inaktív keresők és a munkanélküliek aránya nőtt. Az eltartott népesség aránya közel azonos, a munkanélküliek aránya éppen megegyezik, míg a foglalkoztatottak aránya elmarad az országos referencia-értéktől. Az inaktívak súlya kismértékben meghaladja a hazai átlagot.

A férfiak foglalkoztatottsági részesedése – az országos trendnek megfelelően – a régió valamennyi kistérségében minden korcsoportban meghaladja a nőkét. Kivételt képez a Komlói és a Bonyhádi kistérség, ahol főként a bányabezárások következményeként a 40-59 évesek körében a nők foglalkoztatottsági hányada felülmúlja a férfiakét.

Jellemzően azon térségekben, ahol a munkanélküliek népességen belüli aránya számottevő, az inaktív keresők aránya is meghatározóbb, mint a régió többi körzetében.

KIREKESZTŐDÉS

SEZÉNYISÉG, MÉLYSEZÉNYISÉG ÁLTAL VESZÉLYEZTETETT CSOPORTOK KÖRE

A 90-es évek fordulóján lezajlott rendszerváltozást a szegénység alakulásának területi, így regionális különbségének növekedései is kísérte. A 18-74 éves népesség körében Észak-Alföld és Észak-Magyarország után Dél-Dunántúlon a leggyakoribb a szegénység előfordulása. A szegénység kiterjedtsége nehezen határozható meg. A hiányzó adatok miatt csak a szegénységbe kerülést valószínűsítő faktorokon (alacsony iskolai végzettség, a szervezett munka világtól való átmeneti vagy tartós kirekesztődés, demográfiai tényezők, háztartás szerkezete, nagysága) keresztül közelíthető meg a szegénységben élők területi elhelyezkedése, a probléma nagysága. E tényezők előfordulása alapján a szegénység koncentrálódása a régió peremvidékein (siklósi, sellyei, csurgói, tamási körzetekben), valamint a belső területek közül a Szigetvári, a Sásdi, a Pécsváradi, a Lengyeltóti, valamint a Tabi kistérségekben valószínűsíthető.

SEGÉLYEZÉS

A legtöbb segélytípus esetében elmondható, hogy a segélyben részesítettek aránya a régióban meghaladja az országos szintet (kivételt képez a közgyógyellátás és az ápolási díj). Az ellátásban részesülők számát tekintve nagy a belső területi differenciáltság. A társadalmi-gazdasági szempontból halmozottan hátrányos helyzetű térségek (Sásdi, Sellyei, Siklósi, Szigetvári, Lengyeltóti kistérség) ellátottsági mutatói a legmagasabbak.

Ami a segélyek hozzáférhetőségét illeti, jelentős különbség mutatkozik az egyes települések között. Míg a rendszeres szociális segélyt és a kiegészítő családi pótlékot szinte valamennyi települési önkormányzat biztosítja, addig a kiegészítő segélyek igénybevételét lényegesen

kiseb arányban biztosították a helyhatóságok, a törvényi kötelezettség ellenére (pl. a lakásfenntartási támogatás a régióban csak minden ötödik településen hozzáférhető).

IDŐSEK SZEGÉNYSÉGE

Az országos trendnek megfelelően a Dél-Dunántúlon is fokozatosan nőtt az idős népesség száma az elmúlt időszakban. A jelen demográfiai folyamatainak következtében (csökkenő születésszám, növekvő átlagéletkor), a népesség amúgy is kedvezőtlen öregedési indexének további romlása várható. A nyugdíjasok népességén belüli hányada 2002-ben – az országos átlagot közel 2 százalékponttal meghaladóan – 32,21%. A nyugdíjban és nyugdíjszerű ellátásban részesülők száma 2001-ben 318 416 fő volt. A fenti ellátási körbe tartozók legnagyobb hányadát az öregségi nyugdíjban részesülők adják (50,36%), az országos helyzethez hasonlóan. A régióban az országos szinthez képest igen alacsony a nyugdíjak és nyugdíjszerű ellátások összege. Ez nem meglepő, hiszen az átlagos jövedelem nagyság is lényegesen elmarad az országos mutatótól, továbbá a hosszabb-rövidebb ideig tartó, sokakat érintő munkanélküli „lét” is kihat a nyugellátások nagyságára. Ez utóbbinak egyre erőteljesebb hatása várható a jövőben.

GYERMEKSZEGÉNYSÉG

A gyermekek szegénységi kockázatának alakulásában meghatározó szerepet játszanak a demográfiai ismérvek (családtípus, gyerekszám, gyermekek életkora), a háztartás felnőtt tagjainak munkaerő-piaci helyzete (aktív felnőttek, munkanélküliek), a lakóhely (város-falu) valamint a roma kisebbséghez tartozás. A fenti megállapítást támasztja alá a régió segélyezési statisztikája is. A kiegészítő családi pótlék (ma rendszeres gyermekvédelmi támogatás) folyósítási adatai alapján a legtöbb szociálisan hátrányos helyzetű családban élő gyermek a Sásdi, a Sellyei, a Szentlőrinci, a Szigetvári, a Barcsi, a Csurgói, a Lengyeltóti és a Tamási kistérségben él. Ezekben a körzetekben a legmagasabb (17,2-20,1% között szóródik) a gyermekkorú lakosság aránya. A családban élők gazdasági aktivitás szerinti összetétele és az anyagi deprivációban élő gyermekek előfordulási gyakorisága között szignifikáns összefüggés látszik a regionális adatsorok alapján. A családi pótlék kimutatása alapján az egyedülálló szülővel élők aránya Dél-Dunántúlon az országosnak több mint háromszorosa. A régiót alkotó megyék közül Baranya mutatói a legkedvezőtlenebbek, ott a gyermekek egynegyede él egyszülős családban. Ugyancsak az említett nyilvántartás jelzi a három- vagy többgyermekes

nagycsaládoknak a regionális átlagot jelentősen meghaladó előfordulását Barcs, Lengyeltóti, Sellye és Szentlőrinc térségében.

GYERMEKEK VESZÉLYEZTETETTSÉGE

A régió gyámhatóságai 2002-ben 23 789 veszélyeztetett kiskorút tartottak nyilván. Bár a korábbi évekhez képest csökkenő súllyal, de még mindig az anyagi ok dominál a veszélyeztetettséget kiváltó tényezők közt (72,1%). A magatartási és egészségi okból nyilvántartott gyermekek részaránya a régió szintjén közel a duplájára nőtt, míg a környezeti ok súlya megháromszorozódott. A veszélyeztettség problémájának súlyát jelzi, hogy az 1000 megfelelő korúra jutó nyilvántartott veszélyeztetett gyermekek száma Dél-Dunántúl régióban az egyik legmagasabb a régiók között. Számottevő különbséget láthatunk viszont a régió egyes megyéi között. Míg Somogyban a kiskorúak 9%-a, addig Baranyában közel 15%-a szerepel veszélyeztettség miatt a gyámhatóságok nyilvántartásában. Tolnában 119 nyilvántartott veszélyeztetett gyermek jut 1000 azonos korúra.

A MUNKAERŐPIACRÓL EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTUK ÉS ÉLETMÓDJUK MIATT KISZORULTAK

A munkaerőpiacon való részvételüket tekintve az egészségi állapotuk és/vagy életmódjuk miatt hátrányos helyzetűnek tekinthető társadalmi csoportok regionális jelenléte igen vegyes képet mutat. A szakirodalom szerint az alábbi csoportok elhelyezkedési esélyei az átlagosnál lényegesen kedvezőtlenebbek, munkavállalási nehézségeikről azonban adatok hiányában nem áll módunkban pontos képet adni.

A megváltozott munkaképességű személyek munkaerő-piaci pozíciója lényegesen kedvezőtlenebb az egészséges munkavállalókénál. Számuk Baranyában a legjelentősebb, ami részben a kedvezőtlenebb gazdasági helyzetből adódik (pl. a munkanélküliség miatt a népesség tömegesen élt ezzel a lehetőséggel), részben pedig a korábban a területen működő, sok embert foglalkoztató bányák egészségkárosító hatásával magyarázható.

A regisztrált kábítószer-fogyasztóknak mind a számát, mind pedig 10 ezer lakosra vetített nagyságát vizsgálva elmondható, hogy a Dél-Dunántúl a közepesen fertőzött régiók közé sorolható. E mutató alapján Baranya számottevően meghaladja a regionális átlagot, míg a másik két megye eredményei jelentősen elmaradnak attól. Az adatok vélhetően nem tükrözik a

valós helyzetet, egyfelől, mert a tényleges problémával küzdők számáról nincs információ, másfelől feltételezhető, hogy az érintett népesség egy része a régióban található egyetlen kábítószer-fogyasztók ellátására szakosodott ambuláns intézményt keresi fel, ezzel gyarapítva a kezeléseken megjelentek számát.

A tízezer lakosra jutó nyilvántartott *aktív és új tbc-s betegek* száma – meglepő módon – az egész országot tekintve Dél-Dunántúl régióban a legalacsonyabb (17,3, illetve 20,4 fő). Az adatok nem tükrözik a régió lakosságának romló egészségi állapotát, a kedvezőtlen lakásminőség és a rossz szociális helyzet előfordulási gyakoriságát, valamint az országosnál kedvezőtlenebb életkörülményeket, melyek alapján – véleményünk szerint – a nevezett betegség nagyobb előfordulási gyakorisága lenne valószínűsíthető.

A büntetett előéletű munkavállalók elhelyezkedési, s ennél fogva társadalmi reintegrációs esélyei is igen kedvezőtlenek. A Dél-Dunántúlon az országos átlaghoz (8,8%) képest visszafogottabb (5,9%-os) csökkenést regisztráltak 2001-ben 1997-hez képest az *ismertté vált felnőtt korú bűnelkövetők* számában. Baranyában ellenkező előjelű változást mutatnak az adatok (103,4%). Ezzel szemben Somogyban 20%-kal mérséklődött a regisztrált esetek száma, Tolnában pedig lényegében nem változott.

A régió lakosságának – az ország egészéhez viszonyítottan – kedvezőtlen életkörülményei (a magas munkanélküliség, az alacsony jövedelmi helyzet, a romló egészségi állapot, a társadalmi élet beszűkülése) alapján nem meglepő a *pszichés megbetegedések* elterjedtsége. A pszichés megbetegedéssel orvoshoz fordulók számában jelentős, 28%-os növekedés következett be a régióban 1997 és 2001 között.

A *befejezett öngyilkosságok* száma nem túl magas a régióban, az országos trendnek megfelelően a férfiak dominanciája jellemző.

CIGÁNY NÉPESSÉG

A 2001. évi népszámlálás adatai szerint a régióban a cigány népesség száma 26 426 fő, ami a lakosság 2,7%-a (szemben az országos 2%-kal). Baranyában és Somogyban laknak jelentősebb számban cigányok, számuk ezekben a megyékben meghaladja a 10 000 főt. Egyes községekben kiugróan magas arányú cigány népesség található. A roma népesség számának növekedésével számos kistelepülés lakosságának cseréje indult meg.

A roma családok lakásviszonyai kedvezőtlenebbek a nem romákéihoz képest, döntően lepusztult, illetve felújításra szoruló, hiányos kommunális ellátottságú ingatlanokban élnek.

A cigányságot érintő hátrányok – területi elszigeteltség, szociokulturális jellegzetességekből adódó társadalmi lemaradás, alacsony iskolázottság, szakképzetlenség, alacsony jövedelmi viszonyok – kölcsönösen erősítik egymást, és e csoport szegregációjához vezetnek. Főként alacsony iskolázottságuknak, földrajzi elhelyezkedésüknek és a társadalom előítéletességének köszönhetően a többségi társadalomhoz képest alacsonyabb körökben a foglalkoztatottsági szint. Részben a fentiekből következik, részben pedig a sajátos korösszetételnek (gyerekkorúak magas száma) tudható be, hogy nagy az aktív keresőkre jutó eltartottak aránya.

A cigányság társadalmi beilleszkedésének elősegítésére, az őket érintő különböző hátrányok mérséklésére nagyszámú sikeresen működő alternatív roma pedagógiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási program szerveződött a régióban, melyek mind számukat, mind pedig tartalmukat tekintve egyedülállóak az országban. A cigány származású munkanélküliek elhelyezkedési esélyeinek és foglalkoztatásának növelését a régió megyei munkaügyi központjai *számos* eszközzel és munkaerő-piaci programmal igyekeznek elősegíteni.

BELSŐ PERIFÉRIÁN ÉLŐK

A régióban az egyes térségek közti gazdasági, foglalkoztatási, infrastrukturális, szociális és egészségügyi feltételekben fennálló különbségek igen jelentősek. Ezzel összefüggésben a lakosság életkörülményeinek egyenlőtlensége is számottevő. Az alacsony iskolai végzettség és a közlekedési peremhelyzet kumulálódása folytán az érintett térségek népességének lényegesen kedvezőtlenebb a munkaerő-piaci pozíciója. A lakosság gazdasági aktivitás szerinti összetételéből adódóan jövedelemszerzési forrásaik túlnyomórészt a társadalmi transzferjövedelmekre korlátozódnak. A társadalmi-gazdasági peremhelyzet kialakulásában meghatározó szerep jutott az aprófalvas településszerkezetnek, a községek relatív és abszolút értelemben is fennálló elzártságának. Jelentős ezen térségekben a roma etnikum jelenléte. Gazdasági-társadalmi szempontból belső perifériának számít Baranyában a Pécsváradi, a Sásdi, a Sellyei, a Szigetvári kistérség, Somogyban a barcsi, a csurgói, a lengyeltóti, a tabi körzet, valamint Tolna megyében Tamási térsége.

FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐK

A Dél-Dunántúlon a 2001-es népszámlálás adatai alapján 60 889 fogyatékos személy élt. A fogyatékossgal élőknek a népesség egészéhez viszonyított aránya a régióban valamelyest (0,4 százalékponttal) meghaladja az országos részesedésüket. A legmagasabb arányt felmutató Tolnában 1,45 százalékponttal gyakoribb a fogyatékos személyek jelenléte, mint a legkisebb hányadú Somogy megyében. A fogyatékos személyek életkörülményeire (jövedelmi helyzetükre, lakásviszonyaikra, iskolai végzettségükre stb.) vonatkozóan nem állnak rendelkezésre regionális adatok, pusztán a népszámlálásból származó országos mutatók ismertek. A különböző jogok biztosításában (akadálymentes közlekedés, munka) – az országos helyzethez hasonlóan – jelentős elmaradás tapasztalható.

VESZÉLYEZTETETT LAKHATÁS

Az alacsony jövedelemmel rendelkező családok összkiadásain belül a lakásfenntartásra fordított összeg a 40%-ot is meghaladhatja. Ezen családok lakásfenntartási költségeinek támogatására a települési önkormányzatok lakásfenntartási támogatást nyújtanak. Ebből a támogatásból 1999-2002-ben – 10 ezer lakosra vetített mutató alapján – legtöbbször Baranya megyében részesültek, jelentősen meghaladva a regionális és országos arányt. Baranya eredményétől számottevően elmarad Somogy megye ellátottsági viszonyzáma. Az egy főre jutó átlagos támogatási összeg épp ellenkező sorrendet állít fel a régió megyéi között. Somogy megye megközelítőleg kétszer akkora összeget juttat egy fő számára, mint a legkisebb támogatást nyújtó Baranya.

A lakásfenntartási támogatás speciális formája a már kialakult díjhátralék orvoslására az adósságkezelési szolgáltatás. A régióban 2004 tavaszán 12 településen biztosították a szolgáltatás elérhetőségét. A megyeszékhelyek mellett az ellátás megszervezését kizárólag városi ranggal rendelkező települések oldották meg.

TELEPÜLÉSSZERKEZET – KÖZIGAZGATÁS – SZOCIÁLIS KÖZIGAZGATÁS

TELEPÜLÉSSZERKEZET, TELEPÜLÉSNAGYSÁG ÉS KÖZIGAZGATÁS

KAPCSOLATA

A Dél-Dunántúl szétaprózódott településszerkezettel rendelkezik. A csupán néhány száz fővel bíró települések túlsúlyából adódóan az önálló polgármesteri hivatalt fenntartó települések 25,7%-os aránya a régióban jelentősen elmarad az országos, 50,6%-os aránytól. A települések társulási affinitását jelzi a körjegyzőségek igen magas száma (172).

Szolgáltatásszervezési koncepciók

Az ún. megyei szolgáltatástervezési koncepció 2004 év elejére a régió mindhárom megyéjében elkészült. A szolgáltatástervezési koncepciók mind tartalmukat, mind pedig kidolgozottságukat tekintve – régión belül is – igen heterogének.

A dél-dunántúli megyei jogú városok közül 2004 októberéig csak Kaposvár és Szekszárd tett eleget a szociális törvényben előírt kötelezettségének, és készítette el a településre vonatkozó szolgáltatástervezési koncepcióját. A baranyai megyeszékhely szolgáltatástervezési koncepciójának kidolgozása folyamatban van.

Térségi-területi problémamegoldási módok

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium által létrehívott újszerű támogatási forma – 3 éves kistérségi felzárkóztató program – célja a szociális ellátások területi egyenlőtlenségének korrigálása. A Dél-Dunántúlon elsőként a Szigetvári kistérség került be a program által támogatott kistérségek közé (2003). E körzet nemcsak Baranyának, de a régiónak is az egyik leghátrányosabb helyzetű térsége.

Somogy megye két leginkább hátrányos helyzetű kistérségének (Barcsi, Nagyatádi) ezen programba történő bevonására 2004-ben került sor.

A falugondnoki ellátás létrehozását a településnagyságból fakadó hátrányok mérséklésének, csökkentésének igénye hívta létre. Az aprófalvas településszerkezetű régióban a 600 fős

lakosságszámot el nem érő településeknek csak alig több mint egyharmada biztosítja az ellátást (Baranya 42%, Somogy 38%, Tolna 27%).

Ágazaton belüli, ágazatközi és szektorközi együttműködések

Az ágazatközi és ágazaton belüli együttműködésekre egy-egy célcsoport specifikus ellátása érdekében, illetve egy-egy probléma komplex kezelésének elősegítésére a régióban is számos megoldás található (pl. a hajléktalan személyek ellátásában vagy a drogprobléma kezelésében, egészségügyi és oktatási intézményekben). A szektorközi együttműködések leggyakoribb formájára, az önkormányzati feladatok szerződésen alapuló, nem állami szereplő által történő átvállalására a régióban is – egyre bővülő számban – található példa. A harmadik szektor szervezetei adják a szolgáltatásokat átvállalók nagyobb körét – a piaci szektorral szemben. Az ellátási területük igen változatos (gyermekvédelem: lakásotthon, szociális szolgáltatások körébe tartozó ellátások: idős- és hajléktalan személyek ellátása).

A RÉGIÓ SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZERE

A SZOCIÁLIS ALAP- ÉS SZAKELLÁTÁS

A valamennyi település számára előírt feladatok biztosítása terén komoly hiányosságok tapasztalhatóak. Az szociális törvény által nevesített „hagyományos” alapellátások (étkeztetés, házi segítségnyújtás, családsegítés) és a gyermekvédelmi törvényben előírt alap-, nappali- és átmeneti ellátások kiépítetlensége folytán a rászoruló népesség ellátása a szakosított intézményekre hárul. A szociális ellátórendszer diszfunkcionális működése egyfelől költséges megoldás, másfelől a megszokott lakóhely elhagyására, jelentős életmódbeli és környezetbeli változtatásra készíti a rászorulókat.

A közepes nagyságú városok kis száma miatt a kistérségek többségében élők számára nem biztosított a jogi garancia a lakosságszámhoz kötött ellátások zömének helyben, illetve lakóhely közelében való hozzáférésére, igénybevételére. További gondot jelent, hogy a kötelezettséggel bíró települések 1-2, esetleg több ellátási forma megszervezéséről nem gondoskodnak, azaz mulasztásos törvénysértést követnek el.

A fentiekből adódóan területi lefedetlenségek, s ezzel együtt területi egyenlőtlenségek alakultak ki az egyes szolgáltatások hozzáférhetőségében.

A megyei önkormányzatok számára rendelt feladatok teljesítése vonatkozásában is hiányosságok tapasztalhatóak a régióban.

Az ellátórendszer anomáliáit enyhítik azon nem állami szereplők, melyek önként vállalt feladatként nyújtanak szociális ellátást. A civil szervezet önkormányzati „feladatátvállalása” nem meghatározó, de mind a gyermekvédelemben, mind a szociálisan rászorult nagykorú személyek ellátásában tetten érhető.

A személyi feltételek teljesítésében és a tárgyi feltételek biztosításában az intézmények jelentős hányada elmarad a szükséges – jogszabályban nevesített – szinttől, s így működésüket csak határozott időtartamra engedélyezték a Megyei Közigazgatási Hivatalok.

A Dél-Dunántúl (különösen Baranya és Somogy megye) aprófalvas településszerkezete nagyban meghatározza a szolgáltatások tervezhetőségét, a szolgáltatások gazdaságos telepítését, kihasználtságát, továbbá működtetését, fenntarthatóságát.

Valamennyi kötelezően teljesítendő alapellátási forma biztosításánál az alacsony lakosságszámmal bíró települések alulteljesítése tapasztalható, azaz a kistelepülések ellátottsága átlagosan közel 10 százalékponttal elmarad a régió átlagától.

A szolgáltatások biztosításáról való gondoskodás – a települési önkormányzat általi fenntartást követően – társulás keretében a legelterjedtebb. Utóbbi a családsegítést és a gyermekjóléti szolgáltatást tekintve a leggyakoribb. Az említett két szolgáltatás esetében a társulások sokszor 10-20 települést tömörítenek, lehetlenné téve ezzel a hatékony ellátás biztosítását. Ugyancsak gyakori megoldás, amikor az önkormányzat saját dolgozójával vagy más természetes személlyel kötött megbízási szerződéssel, nem intézményes formában gondoskodik a szolgáltatásokról. Ezek az ún. egyszemélyes szolgáltatások, melyek nem képesek a szakmai követelményeknek megfelelően ellátni a feladatot.

HUMÁNERŐFORRÁS, SZAKEMBERELLÁTOTSÁG

A régió szociális szakember ellátottságát vizsgálva elmondható, hogy *a képző helyek székhelyét kivéve a településeken a szakemberhiány nem, vagy csak alig érzékelhetően csökken. A települések szakember ellátottságára is jellemző az urbanizációs lejtő megléte*, azaz a kisebb településekre még inkább jellemző a megfelelő szakképzettséggel rendelkező munkaerő elégtelen száma, illetve teljes hiánya az ágazaton belül. E mögött a lakó- és képzőhely közti távolság, a kedvezőtlen közlekedési feltételek, a szociális munka alacsony presztízse, s nem utolsósorban a területen dolgozók motiválatlansága valószínűsíthető. A szakemberek elégtelen száma valamennyi képzettségi szinten tetten érhető.

A SZOCIÁLIS ELLÁTÓRENDSZER HELYZETE ELLÁTÁSI TERÜLETENKÉNT

GYERMEKJÓLÉT, GYERMEKVÉDELEM

Gyermekjóléti szolgálatok

A Dél-Dunántúlon összesen 229 gyermekjóléti szolgálat működik, melyből a társulások száma jelentős. Baranyában 113, Somogyban 80 és Tolnában 36 gyermekjóléti szolgálat működik. Az integrált intézménytípus a jellemző (36,7 %). Önálló intézményként 11,4% működik, de közel 25%-uk ún. egyszemélyes szolgálat, azaz önálló családgondozó útján látja el a gyermekjóléti szolgálat feladatait. Az arányok a 3 megyében közel azonosak.

Baranyában találunk inkább ellátatlan településeket, Tolnában és Somogyban majdnem teljes a lefedettség. A gyermekjóléti szolgálat működtetését túlnyomórészt a települési önkormányzatok látják el a régióban.

Gyermekek napközbeni ellátása

A gyermekek napközbeni ellátásának egyik legfontosabb intézménye a bölcsőde. A nagyobb városok és 1-2 kisebb település kivételével a lakosság nem juthat hozzá ehhez a szolgáltatáshoz. Négy kistérségben egyetlen bölcsőde sem működik (Sásdi, Sellye, Pécsváradi, Balatonföldvári kistérség). Régiós szinten – az országos tendenciának megfelelően – nagymértékben nő a bölcsődei férőhely-kihasználtság. A bölcsődék feltöltöttsége sok helyen eléri a 140%-ot.

Az óvodai ellátás területi elhelyezkedés szempontjából megfelelőnek mondható (kivételt képez a Sásdi, a Sellyei, a Siklósi, a Szigetvári, valamint a Szentlőrinci kistérség). A férőhelyek kihasználtsága – az országos helyzethez hasonlóan – nem éri el a 100%-ot.

1998-ban a régióban működő általános iskolák zöme (85,56%-uk) biztosított napközi ellátást. Igen magas (45,51%) a régióban a szolgáltatást igénybe vevők aránya. Somogyban és Tolnában átlagosan a diákok fele, míg Baranyában 38%-a napközis. Az adatok mögött a kistérségek szintjén jelentős különbségek figyelhetők meg. Míg Komló, Mohács, Pécsvárad vagy Fonyód térségében a tanulók egyharmada sem veszi igénybe a napközit, addig a Marcali és a Siófoki kistérségben a napközis tanulók aránya meghaladja a 60%-ot.

Alternatív módokon (családi napközi, házi gyermekfelügyelet) is biztosítható a gyermekek napközbeni ellátása, erre azonban egyedül Tolna megyében van lehetőség, holott ezek az ellátások kisebb településen is megszervezhetők, működtethetők (lennének).

Gyermekek átmeneti gondozása

Míg országosan igen szórványos a helyettes szülői hálózat kiépítettsége, addig a régió ellátottsága e tekintetben relatíve kedvező. A Dél-Dunántúlon 14 településen (Baranyában: 2; Somogyban: 6; Tolnában 6) működik helyettes szülői ellátás. A régiók közül itt van a legtöbb engedélyezett férőhely (120). Gyermekek átmeneti otthona csak a Pécsi és a Dombóvári kistérségben található. A szociális és családi krízis miatt igénybe vehető családok átmeneti otthona Baranyában és Tolnában 2-2 (Mohácsi, Pécsi, illetve Dombóvári, Szekszárdi), míg Somogyban 3 (Kaposvári, Nagyatádi, Siófoki) kistérségben működik.

Gyermekevédelmi szakellátások

Az otthont nyújtó ellátás biztosítása jelentősen megváltozott az utóbbi években. Ennek következtében a gyermekek aránya elhelyezési forma szerint átrendeződött. Az ellátottak több mint fele nevelőszülőnél (53,4%), családi környezetben nevelkedik. A nevelőszülői hálózat Tolnában a legkiterjedtebb, 316 fővel, melyet Baranya (214 fő), majd Tolna (184 fő) követ a sorban. A hivatásos nevelőszülők aránya a nevelőszülők állományán belül a régióban számottevően elmarad az országos referencia-értéktől.

A gyermekotthoni ellátásban részesülők legnagyobb hányada (megközelítőleg az ellátottak fele) Somogy és Tolna megyében gyermekotthonban él, míg Baranyában – hasonló arányban – a lakásotthoni elhelyezés dominál.

Mindhárom megyére jellemző, és az ellátórendszert kihívás elé állító tény, hogy a rendszerbe kerülő gyermekek átlagéletkora nőtt, a szakellátást igénylő gyermekek egyre nagyobb hányada serdülőkorú. A területi gyermekvédelmi szakszolgálatok által nyilvántartott gyermekeknek közel egyharmada minősül valamilyen fogyatékkal élőknek (túlnyomó többségük: 95,8%-uk értelmileg sérült). Számukra különleges gyermekotthonok működtetése indokolt, azonban ezek kiépítése a régiót alkotó megyék egyikében sem indult meg. Jelenleg ezeknek a gyermekeknek az ellátását integrált módon, az egészséges gyermekekkel együtt valósítják meg. Az ellátást igénylő gyermekek egyre nagyobb hányada definiált pszichiátriai beteg, melyek speciális ellátó intézményének kialakítására ez idáig nem került sor, így integrált módon gondoskodnak róluk.

A védelembe vételek gyakorisága jelentős mértékben nőtt 1998-2002 között; az országos átlaggal közel azonos mértékű változást regisztráltak a régióban. Baranyában a változás üteme lényegesen felülmúlta a régiós átlagot, míg Tolna megye számottevően elmaradt attól. A védelembe vételt kiváltó okok közül a leggyakoribb a szülőknek felróható magatartás.

CSALÁDVÉDELEM, CSALÁDSEGÍTÉS

A családsegítő szolgálatok száma mind országosan, mind regionálisan fokozatosan emelkedett az elmúlt években. Az ellátásba bevont települések aránya a megyéket vizsgálva jelentős eltéréseket mutat. Legkevésbé kiépült – s ezzel az országos átlagot sem éri el – az ellátórendszer Baranyában (58,1%), melyet Somogy (63,5%), majd Tolna (67,6%) követ a sorban. Jellemzően a kistelepülések tudták legkevésbé teljesíteni ellátási kötelezettségüket.

A régió három megyéjében a családsegítő szolgálatok mindegyike gyermekjóléti feladatokat is ellát. A családsegítő szervezetek fenntartója túlnyomórészt – az egyéb alapellátó intézményekhez hasonlóan – az önkormányzat. A civil szervezetek szerepvállalása csekély (5%), egyházak nincsenek jelen az alapellátásban.

Probléma a családsegítő szolgálatok működésében, hogy sok településen egy személyben látja el a védőnő a családsegítő és a gyermekjóléti szolgáltatást (ún. egyszemélyes szolgáltatás).

IDŐSELLÁTÁS

Az idősellátás regionális intézményrendszere kettős képet mutat: egyfelől igen jelentős az alap- és szakosított ellátások hozzáféréseben tapasztalható területi egyenlőtlenség (részben az ellátások megszervezésének elmulasztása miatt), másfelől az ellátás igen sokszínű (emelt szintű ellátás, demens betegek ellátása, integrált szervezeti formák). A nem állami szereplők feladatvállalása az idős személyek gondozásában a legelterjedtebb.

A régióban az étkeztetés szolgáltatásának lefedettsége 64%-os, melytől lényegesen elmarad a szétaprózódott településszerkezettel bíró Baranya megye (51%). Komoly segítséget jelenthet a rászoruló idős népesség számára a házi segítségnyújtás is, mely országos szinten a települések 59%-án működik. Baranya 49,5%-os és Somogy 48,77%-os ellátottsági mutatója – ugyancsak a településszerkezet következtében – az országos szinthez mérten lényegesen rosszabb.

Kötelezettségtől függetlenül a települések nem egész negyede (28,2%) biztosítja a régióban az idősek klubját. A szolgáltatások számát tekintve az ellátottsági mutató legkedvezőbb Tolnában (37,04%). A Somogy megyei települések 25,82%-ában, míg a Baranya megyeiek 18,27%-ában hozzáférhető az ellátás. Egyes kistérségek vonatkozásában még gyéresebb az idősek nappali ellátásának megszervezése. Az ellátott települések aránya a Sásdi, a Szigetvári, valamint a Balatonföldvári kistérségben még a 10%-ot sem éri el.

Bár a bentlakásos intézmények döntő többsége az idősek ellátására szakosodott, a várakozók magas rátája (21-56,3%) jelentős kapacitáshiányt mutat.

Az élettartam meghosszabbodása, a társadalom idősödése az ellátórendszer fejlesztését indokolják, elsősorban a lakókörnyezetben nyújtott alapellátások terén, tehermentesítve ezzel a bentlakásos intézményeket.

FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ EMBEREK TÁMOGATÁSA

A fogyatékos személyeket ellátó intézményi struktúra javarészt az értelmi sérült emberek ellátását biztosítja, mindössze három intézmény (Baranyában egy, Somogyban kettő) vállalja a

mozgásfogyatékosok elhelyezését. A tartós bentlakást nyújtó szakosított intézmények működtetésében a megyei önkormányzatok túlsúlya figyelhető meg. Tolnában egyetlen civil szervezet sem vesz részt a feladatellátásban, Somogyban is mindössze egy nem állami szereplő tevékenykedik. Baranyában az előzőekkel szemben a megyei önkormányzat és a települési önkormányzatok mellett a nonprofit szektor nagyobb súllyal vállal szerepet a fogyatékos személyek ellátásában. Az ellátórendszer szépséghibájaként megemlítendő a nagy férőhelyszámú otthonok dominanciája. Kivételt képeznek a civil szervezetek által fenntartott otthonok, amelyek kis létszámmal működnek.

A régióban nem kielégítő sem az alap-, sem a nappali, sem az átmeneti elhelyezést nyújtó ellátás kiépítettsége, nagyfokú területi lefedetlenség tapasztalható.

A dolgozni akaró fogyatékos és/vagy megváltozott munkaképességű személyek elhelyezkedési esélyei a nem fogyatékos népesség munkavállalási lehetőségeinél lényegesen rosszabbak. Az integrált munkahelyen foglalkoztatottak száma igen csekély. A Szociális Statisztikai Évkönyv 6 célszervezetet tartott nyilván a régióban 2002-ben, melyek 44 telephelyen fejtették ki tevékenységüket.

SZENVEDÉLYBETEGEK SEGÍTÉSE

A szenvedélybetegek ellátási lehetőségei terén – valamennyi ellátási egységet tekintve – az országos viszonyokhoz hasonlóan jelentős területi egyenlőtlenség tapasztalható regionális és megyei szinten is. A kezelőrendszer (regionálisan és országosan is) Baranyában a legfejlettebb.

A másik két megye ellátórendszere jóval kevésbé kiépített. Somogy és Tolna megye területén nem működik drogambulancia, az ellátás kórházi rendelőintézet addiktológiai gondozójában, illetve gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozóban történik.

Míg Baranya megyében túlnyomórészt non-profit szervezetek biztosítanak ambuláns és bentlakásos rehabilitációs ellátást, addig a másik két megyében az önkormányzati fenntartású intézményeké a domináns szerep. A Tolna és Somogy megyében működő, szenvedélybetegek számára tartós bentlakást biztosító intézményekről megjegyzendő, hogy tevékenységük nem

szakosodott kizárólag a kábítószerfüggők ellátására, egyéb szerfüggők – főként alkoholbetegek – kezelése is folyik ezekben az otthonokban.

MUNKAERŐPIACRÓL KISZORULÓK

A regisztrált állástalanok száma 1998-ról 2002-re a régió egészében kedvezően változott. A Tolna megyei kismértékű növekedés mellett Baranya mérsékeltebb, míg Somogy megye erőteljesebb csökkenést könyvelhetett el. A munkanélküli-ellátásban részesülők száma drasztikusabban csökkent, mint a Munkaügyi Központokban nyilvántartott állástalanoké. A jövedelempótló támogatás megszüntetése következtében alaposan megcsappant az ilyen típusú ellátási formában részesülők száma, s ennek megfelelően a munkanélküli járadékot kimerítők (illetve arra jogosultságot nem szerzők) a rendszeres szociális segélyezés statisztikájában jelennek meg. A vizsgált időszak elejéhez képest a fenti ellátásokban részesülők aránya közel negyedével esett vissza, így 2002-ben mindössze a regisztrált munkanélküliek 63,47%-a kapta a nevezett ellátások valamelyikét.

A foglalkoztatást segítő eszközökből részesülők száma 2002-ben közel egyötödével mérséklődött 1998-hoz viszonyítva. E változás a közhasznú foglalkoztatásban résztvevők számában bekövetkezett drasztikus csökkenésnek tudható be. A hangsúly a munkanélküliek képzésére helyeződött a közhasznú foglalkoztatás rovására.

HAJLÉKTALAN EMBEREK TÁMOGATÁSA

A hajléktalanellátó-rendszer kiépítettsége igen hiányos mind az alap-, mind pedig a szakellátások tekintetében. Az intézmények kapacitása nem kielégítő, s a jogszabályban nevesített személyi és tárgyi feltételek hiányosságainak eredőjeként többségük nem rendelkezik határozatlan idejű működési engedéllyel.

A dél-dunántúli hajléktalan személyeket ellátó intézményekből ötöt az önkormányzat, kettőt a református egyház, egyet pedig alapítvány működtet.

A bentlakásos intézmények közül az éjjeli menedékhelyek és átmeneti otthonok túlnyomórészt csak férfiak számára nyújtanak ellátást a régióban.

SZOCIÁLIS FÖLDPROGRAM

Az ország térségei között fennálló fejlettségbeli különbségek mérséklésére létrehívott szociális földprogram 1994 óta működik a régióban. Elsőként Baranyában indult, majd 1999-ben Tolna, s végül 2000-ben Somogy megye hátrányos kistérségei kapcsolódtak be.

2002-ben Baranya 4 (Sásdi, Sellyei, Siklósi, Szigetvári), Somogy és Tolna megye 3-3 (Barcsi, Csurgói, Lengyeltóti, illetve Bonyhádi, Dombóvári, Tamási) kistérsége kapott lehetőséget a programba való részvételre. A Dél-Dunántúlon felhasználható támogatási összegek aránya valamelyest elmarad a részt vevő települések számának országos részesedésétől. A régióban a szociális földprogram működtetésében az önkormányzati szervezeti forma dominanciája jellemző.

SZOCIÁLIS KÖZMUNKAPROGRAM

A Szociális és Családügyi Minisztérium által 2001-ben a közmunkaprogramok megvalósítására kiírt pályázatán a régióból – a mindhárom megyére kiterjedő – a Dél-Pannon Esély elnevezésű program nyert támogatást.

A program résztvevői foglalkoztatók és közmunkások, továbbá a szakmai együttműködő partnerek (szociális intézmények, cigány kisebbségi önkormányzatok, civil szervezetek) voltak. A programban 48 foglalkoztató vett részt, és 124 közmunkás foglalkoztatására került sor.

A program célja a munkanélküliség csökkentését célzó szociális szolgáltatások nyújtása és szervezése, valamint az elmaradott térségek felzárkóztatását elősegítő állami, önkormányzati közfeladatok ösztönzése. A program által biztosított foglalkoztatás javította, illetve számos település esetében beindította a szociális és gyermekjóléti szolgáltatásokat

INNOVÁCIÓ A SZOCIÁLIS SZFÉRÁBAN

MÓDSZERTANI INTÉZMÉNYEK

A régióban egyetlen országos hatókörű módszertani intézmény sem működik. Regionális módszertani tevékenységet ellátó intézmény 4 található a térségben (regionális családsegítő módszertani intézmény, regionális módszertani bölcsőde, módszertani gyermekotthon,

valamint hajléktalan személyek ellátására vonatkozó módszertani intézmény). Megyei szinten a gyermekvédelem területén módszertani gyermekjóléti szolgálatok működnek, a szociális intézmények segítségére, szakmai ellenőrzésére pedig ún. bentlakásos módszertani intézmények tevékenykednek.

SZOCIÁLIS FELSŐOKTATÁS, SZAKEMBERKÉPZÉS, K+F

A régióban mindössze másfél évtizede jelen lévő szociális felsőoktatás jelentős változáson, fejlődésen ment keresztül az elmúlt időszakban, melynek eredményeként – a megszerezhető végzettségek választékát tekintve – kedvező helyzetben van a régió.

A szociális felsőoktatásban a felvehető hallgatók keretszáma 1998-2002 között 38,64 %-kal nőtt, ami a költségtérítéssel képzés férőhelyszámainak növekedéséből fakad (ugyanezen időszak alatt az államilag finanszírozott keretszámok bővülése a 8%-ot sem érte el). Az államilag finanszírozott férőhelyek száma a régióban az országosnál kisebb arányban nőtt, összességében a régió szociális felsőoktatási férőhelyszámai megduplázódtak. Országosan elmondható, hogy az államilag finanszírozott keretszám csökken az összes férőhelyhez képest, aránya 50% körül mozog. A Dél-Dunántúlon ez arány mindössze 35%.

A levelező tagozat népszerűsége a szociális felsőoktatásban is tapasztalható. A régióban oklevelet szerzők több mint fele levelező képzési formában vett részt. A levelező oktatás keretében diplomát szerzők aránya a szociálpolitikus szakon a legmagasabb.

PROBLÉMAORIENTÁLT INNOVATÍV MEGOLDÁSOK

A régióban az elmúlt évek során – az országos tendenciának megfelelően – növekedett a szociális és gyermekvédelmi ellátásba bevont civil szervezetek száma, és ebben a tényerésben – az arányokat tekintve – a korábbinál fontosabb szerephez jutottak a közhasznú társaságok.

Pál Gabriella - Pál Tibor - Tardos Katalin - Varjú Gabriella
Családok átmeneti otthonai Budapesten II.

Jelen tanulmány az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium támogatásával, a minisztérium által 2003-ban a társadalmi befogadások kérdéskörében kiírt kutatási pályázat keretében készült.

A tanulmány első részét, mely többek közt bemutatja az intézmény jogszabályi hátterét, alapításának körülményeit, a budapesti átmeneti otthonok működésének infrastrukturális és személyi feltételeit, valamint az intézménybe jelentkezés okait és a lakók társadalmi státuszát, a Kapocs előző, 17. számában tettük közzé.

Az alábbiakban a gondozási folyamattal, annak hatékonyságával, az otthonokban lakó családok kapcsolatrendszerével, a hátrányos megkülönböztetéssel, továbbá az utógondozás és a vándorlás problémáival foglalkozunk.

A gondozás folyamata

A gyermekvédelmi törvény értelmében a családok átmeneti otthona működésének általános célja (mint ahogy azt már korábban is jeleztük), hogy a család befogadásával biztosítsa a gyermekek fejlődését, megelőzze, illetve megszüntesse a gyermekek veszélyeztetettségét, és lehetővé tegye a család együtt maradását. Az otthonok ezt a feladatukat a gyermekek mindenek feletti érdekeinek figyelembe vételével, a szülőkkel együttműködve látják el. Az együttműködés formája az intézményvezető, a családgondozó és a szülő(k) megállapodása. Ezek a megállapodások képezik a gondozási folyamat alapját.

Kutatásunk keretében azokat a konkrét elhelyezési célokat vizsgáljuk, amelyek meghatározzák az intézmények és a lakók törekvéseit, munkáját. Megkérdeztük az intézményvezetőket, hogy melyek azok a leggyakoribb célok, amelyeket a családok megfogalmaznak az otthonba kerüléskor. A felsorolás az előfordulás gyakoriságának sorrendjét követi:

lakhatási megoldás keresése
menekülés a bántalmazás elől, vagy egy kiszolgáltatott helyzetből
gyermek megtartása
munkahelykeresés
kapcsolatok rendezése.

Az otthonok szakemberei a felsorolt elhelyezési célokat az alábbiakkal bővítették:

életvezetési készségek fejlesztése
munkaerő-piaci helyzet javítása
a személyiség megerősítése
a krízisállapot megszüntetése.

Több vezető említette, hogy a családok gyakran azzal a reménnyel kérik a felvételüket, hogy az otthon segítségével biztosan önkormányzati lakáshoz juthatnak. A médiából vagy ismerősöktől hallott történetekre hivatkoznak, és nagyon nehéz ezeket a „hiedelmeket” eloszlatni. A családok legsúlyosabb problémája a lakás hiánya, ezért még a bántalmazás elől menekülő családtagok is a lakhatás megoldásának szükségességét teszik az első helyre.

Az otthonok a felsorolt célok alapján a szülőkkal, illetve a családokkal egyetértésben a körülményekhez igazodó cselekvési tervet készítenek, amelyre különböző elnevezéseket alkalmaznak: gondozási megállapodás, gondozási szerződés, gondozási napló, gondozási terv stb. Ezek a programok, a család által megfogalmazott elképzelések mellett, már tartalmazzák az otthonok elvárásait, értékeit, illetve az általuk közvetített társadalmi követelményeket is. A programok tartalmi elemei intézményenként nagyrészt megegyeznek egymással, ugyanakkor eltérések tapasztalhatók aszerint, hogy mire helyezik a hangsúlyt, illetve a kliensek szükségleteinek kielégítését milyen rangsorba állítják.

Az egyik intézményvezető röviden és ironikusan így foglalta össze: „Az intézmény alapvető normái szerint a gondozási tervben elsődlegesen azt kell megfogalmazni, ami a gyermekek ellátására, gondozására, az ésszerű tervezésre, gazdálkodásra vonatkozik. Ezzel szemben a

kliensek általában olyan célokat szeretnének megfogalmazni, amelyek a kényelmet és a szórakozást garantálják a számukra.”

Az intézmények közül kiválik a főváros egyetlen krízisotthona, amelyik funkciójából eredően a többi intézménytől eltérő célkitűzéseket valósít meg. Legfontosabb törekvése a bekerülők biztonságos elhelyezése, a krízisállapot megszüntetése, illetve a család megfelelő, segítő intézménybe juttatása. A krízisotthon elsősorban a bántalmazás elől menekülők befogadását tartja feladatának, de a vezető elmondása szerint a jelentkezők zöme nem ebbe a körbe tartozik. Azoknak a családoknak egy része jön ide, akiknek nem sikerült bejutniuk átmeneti otthonba. Más részük vidékről érkezett, abban a reményben, hogy a fővárosban több lehetőség kínálkozik a család elhelyezésére és a megélhetésre. Amikor megértik, hogy ebben az otthonban csak néhány éjszakát tölthetnek, akkor vagy elkezdnek az otthon munkatársainak segítségével intenzíven megoldást keresni, vagy „eltűnnek”.

Az intézmények gondozási megállapodásának tartalmi elemeit foglalja össze az alábbi táblázat, amelyet a vezetői interjúk alapján készítettünk el. A táblázatban az intézményeket kódszámmal jelöltük, X-szel pedig az általuk megnevezett gondozási célkitűzéseket.

A táblázatból megállapítható, hogy három cél, illetve feladat – a lakásprobléma rendezése, a gyermek gondozása és a munkahelykeresés – szinte minden otthon gondozási szerződésében szerepel.

1. sz. tábla

Kódszám	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	
01.	X	X	X	X	X	X	X	X	X											9
02.	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X								10
03.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X								11
04.	X	X	X	X	X	X			X+	X	X									9
05.	X	X	X	X		X	X	X	X		X									9
06.																				0
07.	X	X		X			X		X		X	X	X							8
08.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X						12
09.	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X						X			11

10.	X +	X	X	X	X	X	X	X	X	X											10
11.	X	X	X	X	X	X	X	X	X+	X		X									11
12.	X +	X	X	X		X		X	X	X					X						9
13.	X +	X	X	X	X	X	X	X	X	X+											10
14.	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X									10
15.	X	X	X	X	X	X		X		X	X										9
16.	X+	X		X	X	X+	X	X	X+	X	X										10
17.																		X	X		2
Összesen:	15	15	13	15	12	13	11	11	14	11	9	5	1	1	1	1	1	1	1	1	150

1. lakásprobléma rendezése	2. gyermek gondozása	3. önálló életvezetés
4. munkahelykeresés	5. képzés – továbbképzés	6. gazdálkodás – pénzkezelés
7. hivatalos ügyintézés	8. eü. problémák rendezése	9. előtakarékosság
10. kapcsolatok rendezése	11. szabályok betartása	12. gondozási díj befizetése
13. intézményi szolgáltatások	14. csoportfoglalkozáson való részvétel	15. szülői jogok és kötelességek
16. gyermek elhelyezésével kapcsolatos probléma	17. krízisállapot megszüntetése	18. a család elhelyezése
19. feltételek száma		

Az intézmények a gondozási folyamatok legfontosabb célkitűzéseiként határozzák meg a lakhatási lehetőség keresését, amely a legnehezebben megoldható probléma. A lakhatási kérdéssel a gondozás idő, illetve a kikerülés, utógondozás és vándorlás témakörében még foglalkozunk, ezért itt csak annyit jegyeznénk meg, hogy a bekerülés okától függetlenül az egész gondozási folyamat e probléma köré épül. A felvételi szűrés legfontosabb szempontja, a szülő motiváltságának mérése is arra vonatkozik, hogy van-e valamilyen reálisnak tűnő elképzelése arról, hová és miképpen költözik majd tovább az otthonból, és ennek az érdekében mennyire tudja, akarja az energiáit koncentrálni.

A következő igen fontos feladat a gyermekek egészséges fejlődésének a biztosítása. Anélkül, hogy a kérdést mélyebben megvizsgálánánk, jelezni kívánjuk: ez olyan területe az otthonokban folyó munkának, amelynek szakmai normáit, módszertanát és etikai vonatkozásait mielőbb ki

kellene dolgozni. Míg a gyermekvédelem más területein az alapellátás és különösen a szakellátás körébe tartozó intézmények már jelentős múlttal, szakmai tapasztalatokkal, módszertani kísérletekkel és a metodikák tárházával rendelkeznek, addig ez a típusú ellátás, ahol az intézményen belül a szülő és a gyermek együtt nyer elhelyezést és támogatást, még meglehetősen új, és mondhatni kevésbé kimunkált maradt.

Nagyon fontos célkitűzés a munkahelykeresés, illetve annak elősegítése. A lakók képzettsége és iskolai végzettsége eléggé behatárolja a munkavállalási lehetőségeiket. A hátrányos megkülönböztetés pedig tovább nehezíti a helyzetüket. Nem egyszer szembesülnek diszkriminációval a munkahelyeken vagy munkahelykeresés közben. Ezért 12 otthonban a munkahelykeresés mellett foglalkoznak a szülők munkavállalási esélyeit növelő képzések és átképzések keresésével, ösztönzésével is.

Tizennégy otthonnál szerepel a szerződésekben az előtakarékoság. Néhány intézményvezető elismerte, hogy ugyan nem teljesen törvényesen, de az otthon mégis kötelezővé teszi a lakók számára az előtakarékoságot. Más intézményekben pedig különböző „praktikákat” alkalmaznak, például a térítési díj egy részét fizetik vissza távozáskor a lakónak, mert a térítési díj megállapítása és beszedése törvényes. Van olyan otthon is, ahol kamatszerűen gyarapítják (a banki kamat mellett) a félretett pénzeket. Ez az utóbbi ösztönzés annyiban rokonszenvesebb, hogy meghagyja a döntés jogát a szülőnek. Talán kevésbé hatékony, mint az előzőek, de nem korlátozza a felnőtt lakók kompetenciáit.

Majdnem mindenütt (13 otthonban) a gondozási terv, szerződés része a gazdálkodás és az önálló életvezetési képességek fejlesztése. A családok jövedelmét figyelembe véve a tervszerű gazdálkodás szinte egy bűvész ügyességét igényli. A családok nagy része nem is képes erre, vagy hosszú távon nem tudja megvalósítani. Az intézményekben sokféle módszert alkalmaznak, hogy megtanítsák vagy rákényszerítsék a családokat az ésszerűbb pénzgazdálkodásra. Ha a reális cél vagy a fenyegető veszély még nagyon távoli, sok család nem tud áldozatot hozni, és lemondani az azonnali örömről, amit egy játék, egy ruha vagy egy fagyalt jelent. Egyszerűnek tűnik, mégsem könnyű megállapítani, hogy amikor nagyon szűk keretek között kell gazdálkodni, mi az ésszerű, és mi a fontos. Több intézményben háztartási naplót

vezetnek, havi elszámolásokat kérnek, de olyan otthon is van, ahol csak akkor avatkoznak a gazdálkodásba, ha a család a térítési díjat nem tudja befizetni. Ahhoz, hogy a családok valamennyi pénzt félre tudjanak tenni, vagy reálisan elérhető célok kellenek, vagy rendkívül erős önkorlátozás.

Megkérdeztük azt is a családoktól, hogy véleményük szerint mekkora lenne az az egy főre jutó havi jövedelem, ami biztos megélhetést nyújtana a számukra. A családok meglepő realitásérzékről tettek bizonyosságot, mert a szakképzettségük és iskolai végzettségük alapján elérhető, átlagosnak tekinthető jövedelmeket írták be legtöbben. Kétharmad részük ezt az összeget 30 000 és 50 000 Ft közé tette. Vannak azonban szélsőséges értékek is: egy család úgy vélte, hogy fejenként 10 000 Ft elegendő a megélhetéshez, és ugyancsak egy család az, aki 200 000 Ft-ra becsülte a szükséges 1 főre jutó jövedelmet.

A praktikus háztartási ismeretek, a csecsemőgondozás megtanulása elsősorban a fiatal, első gyermekes anyák esetében fontos, ehhez sokféle segítséget kaphatnak az otthonokban. Az ügyek intézése, a család érdekeinek a képviselése és a gyermekneveléssel kapcsolatos kérdések a szerződések különálló, önálló pontjaiként szerepelnek.

A hivatalos ügyintézés (11 esetben említik) tipikus területe a szociális munkának: a kliensek támogatása, képviselése a bürokrácia útvesztőiben, és annak a megtanítása, hogy egyedül is képes legyen a szülő megfelelő módon segítséget kérni. A hivatalos ügyintézés során is felmerült az átmeneti otthonban lakókkal szemben olykor megnyilvánuló diszkrimináció jelensége, erről a későbbiekben még részletesebben is szó esik.

A kapcsolatok rendezése (11 esetben szerepel a gondozási szerződésekben) nagyon fontos szerepet játszik az otthonok lakóinak társadalmi reintegrációs esélyeinek növelésében. A kapcsolatrendszeréről külön fejezetben részletesen írunk.

A szabályok betartása az otthonok több mint felénél kerül bele a szerződésekbe. Az intézményi együttélés olyan szituáció, ami nem nélkülözheti a szabályozást és annak betartatását. Ezért valamennyi otthon vagy a szerződésekben, vagy más módon írásban is

rögzíti a szabályok elfogadását és a hozzá kapcsolódó szankciókat. Az intézményvezetők elmondták, hogy léteznek szankciók a szabályokat megsértőkkel szemben, de ezeket a legtöbb helyen nem szívesen alkalmazzák. Véleményük szerint a segítő munka attitűdjével ellentétben, és gyakran megrontja a kapcsolatot a családgondozó és a szülő között. Ez olyan típusú szakmai probléma, amelyet esetleg munkakörök vagy feladatkörök átszervezésével is befolyásolni lehet.

A gondozási díj befizetésének kötelezettsége 5 intézménynél a szerződés része. Ez nyilvánvalóan az intézmény részéről merül fel garanciális igényként. Az otthonok többségében a törvény által megengedett határok alatt határozzák meg a térítési díjak összegét, sőt több otthonban egyáltalán nincs. Mindkét megoldás indokolható, mert egyrészt a külvilágban minden igénybe vett szolgáltatásért fizetni kell, másrészt ez szociális, a gyermekek érdekében történő segítségnyújtás, amelyben a nehéz anyagi helyzetben lévő, rászorult családok részesülnek.

A következő két elem tulajdonképpen az intézmény célkitűzése, és arra irányul, hogy a lakókat olyan szolgáltatások igénybevételére vegye rá, ami a személyiségük megerősítését, önállóságuk fokozását szolgálja. Ezek csoportfoglalkozások, önismereti és személyiségfejlesztő terápiák, valamint gyermekek számára szervezett fejlesztő és szabadidős foglalkozások.

A szülői jogok és kötelességek címszó a már korábban is említett a gyermekekről való gondoskodást, gyermeknevelést a normatív elvárások szintjén tartalmazza. Ez a szülői szerepnek egy még inkább jogszabályi és intézményi követelmények formájában történő megfogalmazása.

Az egyik otthon említette, hogy gyakoriak a gyermek-elhelyezési viták, amelyek a felbomlott családok rendezetlen ügyei közül a gyermekeket érintő fontos kérdések, ezért ilyen esetekben szükségesnek tartják a szerződésben is rögzíteni az ezzel kapcsolatos feladatokat, illetve a létrejött megállapodásokat.

A gondozási szerződés tartalmi elemeit áttekintve egy sokat vitatott szakmai problémával szembesülhetünk. Azt, hogy az intézmények mit tartanak a gyermekek szempontjából jónak, testi, érzelmi, értelmi és erkölcsi fejlődésük érdekében hasznosnak, a szülőktől elvárható felelős magatartásnak, nem szakmai normák, standardok határozzák meg. Ezek a szempontok jelenleg elsődlegesen az intézményvezetők és munkatársaik világnézetétől, kulturális háttérétől, saját szocializációs tapasztalataitól, szakmai ismereteitől és sok egyéb összetevőtől függenek. Az ebből adódó szubjektivitás legerőteljesebben a szülői felelősség és a szülői kompetenciák megítélésénél jelentkezik. Mindez felveti azt a szakmai dilemmát, hogy a családok átmeneti otthonának gondozási folyamatában mire kell helyezni a hangsúlyt: a családok autonómiájának erősítésére, vagy a változást sürgető beavatkozásra. Az intézményvezetők egy része csak a gyermekek teljes körű ellátása kapcsán jelezte, hogy a szabályozás anomáliákat okozhat a szülői felelősség és a szülői kompetenciák gyakorlása tekintetében. Kevesebben utaltak arra, hogy az intézményekben ezek a kompetenciahatárok eleve megváltoznak, és nagyon sok dolgot, amit korábban a szülő döntése határozott meg, most az otthon szabályai és a gondozók elvárásai szabnak meg.

Amikor egy család működése ennyire nyilvánossá válik, mint az otthonban élőké, ahol a leghétköznapibb szituációkban is mindenki, gondozó, gondozott részt vesz, az mindenképpen azt eredményezi, hogy a család elveszíti az integritását. Ha a nyilvánosság még azzal is párosul, hogy figyelő tekintetek ellenőrzik a szülő viselkedését, és olykor mintegy vele szemben képviselik a gyermeke érdekeit, akkor nem lehet azon csodálkozni, hogy a szerepek bizonytalanná válnak, és a szülők elveszítik a talajt a lábuk alól. Erre mondjuk sajnálkozva, hogy a család hospitalizálódik. Nagyon fontos a gyermekek érdekeinek figyelembe vétele, de az semmiképpen nem szolgálja a gyermekeket, ha a szüleiket kiszolgáltatott, kontrollált szerepben látják, akiknek folyton arra kell ügyelniük, hogy életük minden mozzanatát az elvárásokhoz igazítsák. Az otthonokban dolgozó szakemberek is állandóan érzékelik ezt a feszültséget. Mindent megtesznek azért, hogy a gondozási időt lehetőség szerint csökkenteni tudják, a családot „képesé” tegyék az önálló életre. A szakmában közismert, hogy minél hosszabb ideig tart ez a „rehabilitáció”, többnyire annál inkább csökken a szülők „életképessége”. Ugyanakkor az a realitás, hogy a családok nagyon keveset tehetnek annak érdekében, hogy helyzetükbe lényeges változások következzenek be. Ennek ellenére feladata

az intézménynek, hogy a családot visszasegítse vagy bent tartsa a társadalmi vérkeringésben, a szülők munkahelyet találjanak, a gyermekek megfelelő óvodába, iskolába járjanak, és minél több szálon kapcsolódjanak a külvilághoz.

A családok kapcsolatrendszere

Az intézményben élő családok kapcsolatrendszerének fontosságára már a bevezető részben utaltunk. Elsődlegesen a lakók rokonokkal, barátokkal fennálló viszonyait és azok változását vizsgáltuk. A legfontosabb kapcsolattal, a gyermek-szülő (anya) viszony alakulásával közvetett módon foglalkozunk, vizsgálatunknak azonban nem volt célja a szülő-gyermek kapcsolat közvetlen elemzése, értékelése.

A családok társadalmi reintegrációja szempontjából lényeges kérdés, hogy az otthonokban lakó szülők és gyermekek hogyan tudnak bekapcsolódni a társadalmi együttélésbe, a mindennapi élet interakcióiba. A társas kapcsolataik minősége, mikéntje munkavállalási esélyeiket és a kiköltözésüket követő életkörülményeiket is befolyásolja.

A családok kapcsolatrendszerének alakulásáról az otthonok többsége rendelkezik valamiféle információval (csak négy esetben nincs ilyen típusú adatunk). Három intézményben említik, hogy regisztrálják a látogatókat, és azt is, ha valaki hosszabb időre eltávozik. Ezzel a módszerrel a családok kapcsolatrendszere folyamatosan követhető.

Négy otthon vezetője kiemeli a kapcsolatok figyelemmel kísérésére, alakítására vonatkozó feladatait. Ezekben az intézményekben elsődlegesen a külső (főként a rokoni) kapcsolatok felvételét és rendezését tartják szükségesnek. Az egyik otthonban azt is hangsúlyozták, hogy a külső kapcsolatok mellett nagyon fontos a szűkebb családon belüli viszonyok rendezése.

Az intézmények azért is tartják lényegesnek a családok kapcsolatrendszerének befolyásolását, alakítását, mert sok esetben – az otthonban élők számára – a legtöbb segítséget a kapcsolatok felvételével, javításával tudják nyújtani. A kapcsolatok újrafelvételének, rendezésének eredményeként ugyanis arra is lehetőség nyílhat, hogy a családok a rokonokhoz, családtagokhoz költözzenek a családok átmeneti otthonából. Ez különösen fontos azokban az esetekben, amikor sem az otthonnak, sem a kliensnek nincs más eszköze a tartósan fennálló otthontalanság megszüntetésére.

Hét intézményvezető arra a kérdésre, hogy hogyan alakulnak az otthonba kerülő családok kapcsolatai, megszűnnek-e vagy inkább erősödnek, úgy válaszolt, hogy változóan. Ha az otthonba kerülés előtt működő kapcsolattal rendelkeztek, akkor a családnak jó esélye van arra, hogy ez fennmarad az otthonba kerülést követően is. A kapcsolatok felvételét, átalakítását gyakran az intézmények családgondozói kezdeményezik. Arra is van példa, hogy a bántalmazott anya férjét, élettársát is megkeresik, ehhez azonban az anya beleegyezése és együttműködése is szükséges. Az egyik intézményvezető véleménye szerint a rokoni kapcsolatok az átmeneti otthonba kerülést követően általában rendeződnek, míg a baráti kapcsolatok inkább romlanak.

Négy otthonban említik egyértelműen a családok kapcsolatrendszerének romlását, szűkülését. Ez a vidéki családok esetében jelentkezik nagyobb arányban. Abban az intézményben, ahol nincs látogatási lehetőség, az intézményi lét a fizikai kapcsolattartást is nehezíti, mivel a családok csak az intézményen kívül találkozhatnak rokonaikkal, barátaikkal. Az otthonban élő családok kapcsolatai gyakran megszakadnak, vagy még inkább beszűkülnek. A rokonok nem tudnak segíteni, általában ők is nehéz körülmények között élnek, ezért előfordul az is, hogy az otthonban elhelyezett szülőt teszik felelőssé a kialakult helyzetért.

Ezzel szemben az egyik vezető tapasztalata szerint a beköltözést követően erősödnek, javulnak a lakók kapcsolatai. Az igaz, hogy létrejönnek új barátságok az otthonokban, ezek azonban többnyire ideiglenesek, és nem hosszú távúak. Az egyik intézményvezető szerint a gyorsan létrejövő „nagy barátságok” gyakran súlyos veszekedéseket és ellenségeskedést eredményeznek, ezért nem támogatják igazán azok kialakulását.

Az egyik otthonban a családok nyitott folyosóról nyíló lakásokban élnek. Ez jellegét tekintve olyan, mint bármelyik bérház. Ebben a struktúrában a családok nincsenek kényszerűen összezárva, egymásra utalva. Kapcsolataikat nem befolyásolja olyan mértékben a környezet, mint a többi átmeneti otthonban. Ha nem akarnak, nem tartanak egymással kapcsolatot, az elhelyezés nem kíván nagyobb alkalmazkodást, élhetnek egymástól függetlenül, önállóan. Ebben az otthonban is változó a kliensek kapcsolatrendszere. A családok egy részének

rendszeresen vannak látogatói, míg másokhoz nem jönnek vendégek. Ez azonban a családok kapcsolatépítési szokásaitól függ, és nem az átmeneti otthon szabályaitól.

A kérdőívet kitöltők közül 98 személy válaszolta azt, hogy vannak olyan rokonai, akikkel rendszeresen kapcsolatot tart, 27 főnek azonban nincsenek ilyen hozzátartozói. Az otthonban élők kapcsolatrendszere nagyon szűk. Kiszolgáltatottabb helyzetbe kerülhetnek azok a családok, akiknek egyáltalán nincs olyan rokonuk vagy családtagjuk, akivel találkozhatnak, gyökértelenebbek és kirekesztettebbek, kevesebb esélyük van a társadalmi integrációra, mint az otthonban lakó többi családnak.

40 személy válaszolta azt, hogy megváltozott a kapcsolata a rokonaival. Közülük 22 fő mondta, hogy a kapcsolatai javultak, például: „a rokonok már tisztábban látják a helyzetünket”, „megismertem az édesanyámat”, „sűrűbben találkozunk a rokonokkal”, stb. 18 család képviselője állítja azt, hogy a rokonihoz fűződő kapcsolata az intézménybe kerülést követően romlott, például: „örülnek, hogy megszabadultak tőlünk”, „sajnálunk bennünket”, „széthullott a család”, „csak a pénz érdekli őket” stb..

85 fő szerint nem változott a kapcsolata a rokonaival, de ez csak 40 személynél jelenti azt, hogy ugyanolyan jó a viszonyuk, mint korábban volt. A többi esetben ritka találkozásokra, vagy a kapcsolati problémákra, hiányokra lehet következtetni.

A rokoni kapcsolatok mellett a lakók baráti kapcsolataival is foglalkoztunk. Megkérdeztük, hogy fennmaradtak-e a régi barátságaik. 120 válasz érkezett a kérdésre, ebből 71 fő szerint a régi barátságai fennmaradtak, és 49 fő szerint nem. Arra a kérdésre, hogy szerzett-e új barátokat az intézményben, 106 személy válaszolta azt, hogy igen.

Az intézményvezetők és az otthonokban lakók válaszait összevetve a kapcsolatok megítélésében jelentős különbségeket láthatunk. A vezetők többnyire kapcsolati problémákról beszéltek, amelyek az otthonba kerülést követően változóan alakulnak, de segítség nélkül gyakran a családok elszigeteltségét, kirekesztettségét növelhetik. A családok kevésbé érzékelik ezeket a problémákat, veszélyeket. A kiegyensúlyozatlan, változó kapcsolatokat

többnyire nehéz életkörülményeik természetes következményének tekintik. Vélhetően a barátság fogalmát is másként értelmezik, mint az intézményvezetők és családgondozók. A felszínesebb és ideiglenesebb kapcsolatokat az intézményi lét fontos érdekszövetséggé alakítja át, amelyet jobb híján barátságnak neveznek.

A kapcsolatok ápolása és erősítése szempontjából fontos kérdés, hogy lehet-e látogatókat fogadni az otthonban, és ha igen, akkor milyen körülmények között. A 16 intézményből csak kettőben, illetve az egyik intézmény kétszülős részlegében nincs biztosítva látogatási lehetőség. Ennek két oka van: vagy olyan szűkös az elhelyezés, hogy nincs mód látogatók fogadására; vagy a családok védelme érdekében szükséges ilyen korlátozást bevezetni, azért, hogy a szülők és gyermekek tartózkodási helye ne váljon ismertté. A vidéki rokonok előzetes engedéllyel általában az ilyen otthonokban is látogathatják a lakókat.

A látogatás rendjét és idejét többnyire a házirendben szabályozzák. Van olyan otthon, ahol csak meghatározott napokon, vagy mindennap, de csak néhány óráig engedélyezett a látogatás. Néhány otthonban szinte egész nap fel lehet keresni a családokat. A látogatók fogadására többnyire közösségi terekben, kertben, előtérben van lehetőség, néhány intézményben a lakószobákba is bemehetnek a látogatók.

Szerettük volna megtudni, hogy a kapcsolatokat milyen formában ápolják az otthon lakói. Az-e a jellemzőbb, hogy a rokonok és barátok az intézményben látogatják meg őket, vagy szívesebben találkoznak velük az otthonon kívül. A 118 válaszadó közül 12 fő azt válaszolta, hogy inkább az otthonban látogatják meg őket, 39 család szívesebben keresi fel barátait, rokonait az intézményen kívül, nyolcan válaszolták azt, hogy nyilvános helyen szoktak találkozni a rokonaikkal és barátaikkal. 59 család azt felelte, hogy a kapcsolattartás kölcsönös, tehát a rokonok, barátok vagy bejönnek az intézménybe, vagy pedig ők mennek hozzájuk látogatóba.

A családok néha szégyellik, hogy családok átmeneti otthonában lagnak, ezért nem szívesen fogadnak vendégeket. Egyes intézményekben azt tapasztalták, hogy a kerületi családok inkább intézményen kívül ápolják a kapcsolataikat. Egy másik tendencia, hogy az élettársak, apukák

az intézményben keresik fel a családot, míg a szülőket, távolabbi rokonokat inkább a gondozottak látogatják meg. Még inkább érvényesül ez a rokonok és barátok viszonylatában. A rokonok az intézményben is meglátogatják a családot, még a barátokkal inkább csak az intézményen kívül találkoznak.

A családok átmeneti otthonában lakók fontosnak tartják a kapcsolataik ápolását, erősítését. Bár a válaszok szerint az otthonba kerülést követően a rokoni és baráti kapcsolatok egy része változatlanul fennmarad, a lakók több mint fele azt szeretné, ha ezek a kapcsolatok erősödnének.

A gyakrabban költözködő, „vándorló” családok kapcsolattartása az átlagosnál több nehézségbe ütközik. Nemesak a rokonaikkal és barátaikkal való kapcsolattartás lehetőségét veszíthetik el, hanem a környezetük folyamatos változása miatt újabb és újabb szociális intézményekkel, oktatási intézményekkel, családsegítő és gyermekjóléti szolgálatokkal, egészségügyi intézményekkel stb. kell megismerkedniük. Ezek a kapcsolatok többnyire időlegesen, mélységükben és tartalmukban korlátozottak.

A családok átmeneti otthonaiban lakók hátrányos megkülönböztetése

A hátrányos megkülönböztetés és a társadalmi kirekesztettség jelenségeivel kutatásunkban kiemelten foglalkoztunk. Rákérdeztünk a lakók ilyen irányú személyes tapasztalataira, és az intézményvezetők ezzel kapcsolatos véleményét is megismerhettük az interjúk során.

14 intézményvezető egybehangzóan állítja, hogy a családok átmeneti otthonában élő szülőket és a gyermekeket gyakorta éri hátrányos megkülönböztetés. Ez elsődlegesen az otthonban történő elhelyezésükből következik. A családok képviselőinek is feltettük azt a kérdést, hogy volt-e olyan helyzet, amikor hátrányos megkülönböztetés érte őket amiatt, hogy ilyen otthonban laknak. Azt vártuk, hogy az intézményvezetők véleményéhez hasonlóan a megkérdezett lakók többsége is jelzi az otthonban történő elhelyezésükből adódó diszkriminációt. A kérdőívre válaszadók közül sokan, 51 család képviselője (41 %) jelezte,

hogy érte hátrányosan megkülönböztették amiatt, hogy családok átmeneti otthonában lakik. Ez a szám ugyan magas, ám a lakók 59 %-a (74 fő) azt válaszolta, hogy nem tapasztalt ilyen típusú diszkriminációt.

A lakók feltehetőleg nem szívesen szembesülnek a hátrányos megkülönböztetés jelenségével, amely a kiszolgáltatottság és a tehetetlenség érzését erősítheti bennük. Ezért a megalázó és megkülönböztető bánásmódot inkább egyedi jelenségnek, az adott személy negatív magatartásának tekintik, és nem értékelik hátrányos megkülönböztetésként. Az elmúlt években a közvetlen, nyílt diszkrimináció mellett és helyett egyre gyakoribbá vált a közvetett hátrányos megkülönböztetés jelensége (amikor a megkülönböztetés látszólag semleges feltételen alapul, mégis egyes védett tulajdonságokkal rendelkező személyeket lényegesen nagyobb számban érint). Ezt az érintettek általában nem ismerik fel, és nem érzékelik megkülönböztetésként, vagy az előzőekben leírtakhoz hasonlóan nem értékelik diszkriminációnak.

Érdeemes külön is elemezni azokat a válaszokat, amelyek azzal foglalkoznak, hogy a családoknak – az otthonban történő elhelyezésük mellett – milyen egyéb okok miatt kellett még hátrányos megkülönböztetéssel szembesülniük. Az okokat Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról szóló 2003. évi CXXV. törvény (a továbbiakban: egyenlő bánásmódról szóló törvény) közvetlen hátrányos megkülönböztetésre vonatkozó fogalmából kiindulva állítottuk össze. A kérdőívet kitöltőnek lehetősége volt több ok egyidejű megjelölésére (2. sz. tábla).

2. sz. tábla

A megkülönböztetés oka	Említések száma	Az említések sorrendje	Az előfordulások aránya (%)
vagyoni helyzete	30	1.	24,0
nemzeti vagy etnikai kisebbséghez tartozás	21	2.	16,8
bőrszíne	17	3.	13,6

családi állapota	15	4.	12,0
anyasága (terhessége) vagy apasága	14	5.	11,2
életkora	9	6.	7,2
egészségi állapota	8	7.	6,4
neme	7	8.	5,6
neve	7	9.	5,6
vallási vagy világnézeti meggyőződése	6	10.	4,8
társadalmi származása	5	11.	4,0
fogyatékosága	2	12.	1,6
anyanyelve	2	13.	1,6
mert állam gondozott volt	1	14.	0,8
szexuális irányultsága miatt	1	15.	0,8
Válaszadók összesen: n=124			

A családok átmeneti otthonában élőket, a kérdőívet kitöltő lakók szerint, legnagyobb számban a vagyoni helyzetük (30 előfordulás); a nemzeti és etnikai (elsődlegesen a roma) kisebbséghez tartozásuk (21 említés); a bőrszínük (17 előfordulás); családi állapotuk (15 előfordulás), valamint az anyaságuk (terhesség) vagy apaságuk (14 említés) miatt érte hátrányos megkülönböztetés.

Egy másik fontos kérdés, hogy a lakók – akár az otthonban történő elhelyezésük, akár egyéb ok miatt – hol tapasztalták leggyakrabban a hátrányos megkülönböztetés jelenségét (3. sz. tábla).

3. sz. tábla

A megkülönböztetés helye	Előfordulások száma	Az előfordulások sorrendje	Az előfordulások aránya (%)
Egészségügyi ellátásban	18	1.	14,4
Munkahelyén	18	2.	14,4
Hivatali ügyintézés során	15	3.	12,0
Szociális segély intézésekor	11	4.	8,8
Iskolában	10	5.	8,0
Óvodában	8	6.	6,4
Munkahelykeresésnél	4	7.	3,2
Lakáskeresésénél	2	8.	1,6

Hivatali ügyintézése során	2	9.	1,6
Rendőrségen	1	10.	0,8
Tömegközlekedésnél	1	11.	0,8
Előző ismerősei körében	1	12.	0,8
Embereknél általában	1	13.	0,8
Játszóházban	1	14.	0,8
Válaszadók száma: n=124			

Az adatok elemzése és összehasonlítása alapján megállapítható, hogy leggyakrabban a munkahelyen (18 előfordulás); az egészségügyi ellátásban (18 említés); a hivatali ügyintézés során (15 előfordulás); a szociális segély intézésekor (11 említés); az iskolában (10 előfordulás); az óvodában (8 említés); valamint munkahelykeresésnél (4 említés) tapasztaltak diszkriminációt.

A családok átmeneti otthonában történő elhelyezés tehát gyakorta stigmát jelent a szülőknek és a gyermekeknek is. Ezért például munkahelykeresésnél nem szokták megmondani, hogy anyaotthonban laknak. Sokszor előfordul, hogy előítélettel fogadják a nevelési és oktatási intézményekben is az otthonból érkező gyermekeket. Az egyik iskolában például először az anyaotthonos gyermekeket tiltották el napokra az iskolából, amikor tetűt találtak az osztályban. Az otthon dolgozói hiába állították és igazolták, hogy a gyermekek tiszták, és nem tőlük ered a fertőzés. Az óvodában és az iskolában sajnos az is probléma, hogy a pedagógusok az átmeneti otthonból érkező gyermekek védelme érdekében nem vállalják fel a konfliktust a többi szülővel.

Az előbbieken bemutatott adatoknak megfelelően gyakori a szülők és gyermekek bántó megkülönböztetése az egészségügyi intézményekben és kórházakban is. Az átmeneti otthonból érkezett fiatal és boldog anyától a szülést követően a kórház adminisztrátora azt kérdezte meg először, hogy „megtartja-e a gyermekét?”.

A roma kisebbséghez tartozóknak még erőteljesebb megkülönböztetéssel kell szembesülniük. Nehezebb munkát találniuk, vagy önkormányzati lakáshoz jutniuk. Az egyik otthon vezetője ilyen esetben már kért segítséget a kerületben működő cigány civil szervezettől és roma

kisebbségi önkormányzattól. Előfordult az otthonon belül is konfliktus a roma és nem roma lakók között, amelyet csoportmegbeszélések keretében próbáltak rendezni.

Általában kevesebb előítélettel kell szembesülniük azoknak a kerületi lakosoknak, akiket az oktatási, nevelési, egészségügyi intézményekben vagy a hivatalokban már ismernek.

Az intézmények vezetői, munkatársai megpróbálnak harcolni helyi szinten a hátrányos megkülönböztetés és az előítéletes szemléletmód ellen. A legeredményesebb megoldásnak azt tartják, ha a hátrányos megkülönböztetést alkalmazó intézmények munkatársaival felveszik a kapcsolatot, tárgyalnak és egyeztetnek. A személyes kommunikáció sokat segíthet az előítéletek csökkentésében. Az intézmények munkatársai személyes jelenlétükkel is (elkísérik a családokat a szülői értekezletre, orvoshoz, hivatalokba) próbálják megelőzni és megakadályozni a családokkal szemben tapasztalható előítéletes bánásmódot.

Hátrányos megkülönböztetés miatt az érintett személyek külső szervekhez ritkán fordulnak. A családok rendszerint nem tudják önmagukat megfelelően képviselni, az otthonok munkatársainak pedig már nincs kapacitásuk jogi utak kezdeményezésére, külső segítség kérésére. Az egyik otthon vezetője a települési önkormányzathoz fordult, amikor az iskolában hátrányos megkülönböztetés érte az átmeneti otthonból érkezett gyermeket. Az önkormányzat intézkedésének eredményeképpen megváltozott az iskola hozzáállása, bánásmódja.

Az intézményvezetők többsége szerint nem dolgozik előítéletes munkatárs az otthonukban. Csak két esetben vállalták az ilyen típusú problémák létezését, de ha felmerült hasonló gond, akkor azt saját kereteik között, team munkában, illetve szupervízióban fel tudták dolgozni. Az intézmények dolgozói továbbképzéseken és tréningeken is részt vesznek, de kifejezetten antidiszkriminációs tréninget egyetlen otthonban sem szerveztek a dolgozók számára.

Az egyenlő bánásmódról szóló törvény alapján nagyobb lehetőség nyílik a hátrányos megkülönböztetés elleni küzdelemre. Ehhez azonban arra van szükség, hogy az otthonban dolgozók részletes tájékoztatást kapjanak a rendelkezésre álló jogi eszközökről, azok igénybevételének lehetőségéről.

A gondozás időtartama, utógondozás, vándorlás

Az intézményvezetőkkel készített interjúk során szerettünk volna pontos adatokat kérni arról, hogy a családok mennyi időt töltöttek az otthonokban. Ez azonban sajnos nem sikerült. Eredetileg az elmúlt öt év adatait kívántuk áttekinteni, végül csak 2003. évre szűkítettük a vizsgálódásunkat, de még ezeket az információkat sem tudták minden esetben a rendelkezésünkre bocsátani. Az adatkezelés nehézségei miatt felmerült a kérdés, vajon az intézmények dokumentációja, illetve a működési adatok rögzítése a jelenlegi gyakorlat szerint megfelelő-e. Megfogalmazódott ezzel összefüggésben az a javaslat, hogy esetleg hasznos lenne egy egységesebb nyilvántartási rendszer kidolgozása.

Hat intézményben a gondozás idejét átlagértékben adták meg, e szerint a családok intézményben töltött ideje a következőképpen alakult:

6	hónap	1	intézményben
8	hónap	1	„
12,7	hónap	1	„
15,4	hónap	1	„
18	hónap	2	„

A hat otthonból ötben a családok minimum nyolc hónapot vagy ennél hosszabb időt töltöttek.

Nyolc otthonban a gondozási időt nem átlagértékben, hanem hónapokban adták meg, és egyidejűleg megjelölték azt is, hogy hány család tartózkodott az adott időintervallumban az intézményben:

- 0 - 3 hónap közötti időtartamot töltött az otthonban 40 család,
- 3 - 6 hónapot szintén 40 család,
- 6 - 12 hónapot 88 család,

12 hónapot meghaladó időtartamot 17 család.

A nyolc otthonban eltöltött időtartamok kiegyensúlyozottabb eloszlást mutatnak: a rövid időre, maximum 3 hónapra elhelyezett családok aránya hozzávetőleg 22 %; a legtöbb, 88 család (48 %) fél évnél hosszabb és egy évnél rövidebb ideig tartózkodott az otthonban; 10 % alatt van azoknak a családoknak az aránya, amelyek egy évnél hosszabb ideig laktak az intézményekben. Ha a fenti időtartamokból képeznénk átlagértéket, akkor az sokkal kevesebb lenne, mint az intézmények által számított átlagos gondozási idő.

A kérdőívben rákérdeztünk arra, hogy a kitöltő család mióta lakik az intézményben.

4. sz. tábla

A tartózkodás időtartama	Gyakori-ság	Gyakoriság aránya (%)
1 hónap vagy kevesebb	14	11,4
1-3 hónap között	17	13,8
4-6 hónap között	32	26,0
7-9 hónap között	25	20,3
10-12 hónap között	22	17,9
13-15 hónap között	4	3,3
16-18 hónap között	3	2,4
19-24 hónap között	4	3,3
24 hónap fölött	2	1,6
Összesen:	123	100,0
Nem válaszolt:	2	
n=125		

A táblázatból leolvasható, hogy a legtöbb, összesen 79 család, azaz a válaszolók 64 százaléka 4-12 hónap közötti időtartamot töltött már el az otthonokban. A 0-3 hónapja az intézményekben tartózkodó családok aránya 25 %, és mintegy 10 %-ot tesz ki az egy évnél hosszabb ideje bent lakó családok aránya. Ezek az arányok megegyeznek az intézményvezetők által közölt adatokkal.

A megkérdezett családok közül hatan már jóval több mint másfél éve élnek az otthonokban. Egy család három, egy másik pedig több mint négy évet töltött ugyanabban az intézményben.

Az intézményvezetők arra a kérdésre, hogy mi a véleményük a gondozási idő törvényi meghosszabbításáról, és azt hogyan alkalmazzák a gyakorlatban, eltérő válaszokat adtak. Több vezető vélekedett úgy, hogy pozitív és negatív hatása egyaránt lehet a gondozás eredményeire vonatkozóan.

A pozitív hatások közül a következőket emeljük ki:

„Legalizálva van a másfél év, várakozhat a család a lakásra, vagy annak a felújítására.”

„Főként azok számára hasznos, akik részt vesznek a lakásprogramban.”

„A gyermek a tanév végéig az iskolában maradhat.”

„Nem kell elküldeni a családot, elég időt kap az ügyei rendezésére, például a válás elintézésére.”

„Az intézményben biztonságban vannak, tudnak spórolni, így több esélyük van az önálló életre.”

„Több lakónak reális esélye nyílik a lakáshoz jutáshoz.”

A negatív hatású következmények közül néhány:

„A hosszú gondozási folyamat a hospitalizációt erősíti.”

„A család elkényelmesedik, motivációja csökken.”

„A meghosszabbításnak csak akkor van értelme, ha biztosan látszik, hogy a család helyzete megoldható lesz, ellenkező esetben csak vegetál a család.”

Volt olyan intézmény, amelyik azért nem tudott véleményt mondani, mert a gyakorlatban még nem alkalmazta a meghosszabbított elhelyezést.

A vizsgálat azzal a kérdéssel is foglalkozott, hogy a gondozási idő letelte után hová költöznek a családok. Az otthonok megpróbálnak olyan megoldást találni a családok elhelyezésére, hogy azok kikerüljenek az ellátórendszerből. A reális lehetőségek azonban nem minden esetben tették lehetővé a célok megvalósítását. Feltettük a kérdést, hogy az otthonokból az elmúlt évben hová kerültek a családok. Az intézményvezetők azonban nem mindenütt tudtak választ adni. A helyzet nagyon hasonló volt, mint amit az intézményben töltött időtartam meghatározásánál tapasztaltunk.

Kilenc otthon számszerű információt adott arról, hogy 2003-ban hány család hagyta el az otthont, és ezek a családok hová költöztek. Volt olyan otthon, amelyik százalékos megoszlást közölt, és előfordult, hogy csak a jellemző tendenciákról kaptunk vázlatos képet. Egy-két

otthon ígérte, hogy a hiányzó adatokat később elküldi, de nyilván a sokféle egyéb gond miatt ez feledésbe merült. Ilyen formán nem tudjuk pontosan bemutatni, hogy valamennyi otthon összes lakója egy adott évben hová került az intézményből történő kiköltözés után, de a meglévő információk jól szemléltetik a lehetőségeket és az arányokat.

Kilenc átmeneti otthonból 2003-ban a családok a következő helyekre tudtak kiköltözni:

Kód-szám	Saját lakásba	Férjhez, élettárs-hoz	Családba, rokonok-hoz	Albérlet-ben	CSÁO	Albérlők háza	Egyéb, ismeretlen	Hajléktalan szálló	Kiköltözések száma:
01.									
02.	1			5	5		1	1	13
03.	2	5	4	4	5		1		21
04.									
05.									
06.									
07.	5	4	4	9	6		13		41
08.									
09.	9		2	1	5		5		22
10.									
11.									
12.		2	7	10	7		9		35
13.	1	7	1	7	2		2		20
14.	2	2	2	3	5				14
15.	1		1	4		2			8
16.	2								2
17.									
összes:	23	20	21	43	35	2	31	1	176

5. sz. tábla

A táblázatból leolvasható, hogy a legtöbb, szám szerint 43 család – azaz a lakók 24 százaléka – albérletbe költözött. Több otthonban megfogalmazták, hogy azoknak a családoknak az esetében, akik nem reménykedhetnek abban, hogy önkormányzati lakáshoz juthatnak, és rokoni, baráti segítségre sem számíthatnak, az albérletre gyűjtés a leggyakoribb gondozási cél. Ha megnézzük a családok jövedelmi viszonyait bemutató táblázatokat, akkor kétségesse válik, hogy néhány kivételes esettől eltekintve, fent tudják-e tartani az albérletet úgy, hogy a család megélhetése ne kerüljön veszélybe.

A másik, legtöbbször előforduló kikerülési mód az, hogy a család tovább költözik egy következő családok átmeneti otthonába. Ez a gyakoriság azért meglepő, mert az intézményvezetők közül nagyon sokan hangsúlyozták az interjúk során, hogy csak a legvégső esetben és ritkán folyamodnak ehhez a megoldáshoz. A bekerülés feltételeinek vizsgálatokor többen kiemelték: lehetőleg elkerülik, hogy más otthonból vegyenek át családokat. A egyik otthonban (mint ezt korábban már leírtuk), a felvételt kizáró okok között szerepel, ha a család már megelőzően lakott átmeneti otthonban.

Az is elgondolkodtató, és elég sok kérdést vet fel, hogy miként kell értelmezni az egyéb, ismeretlen helyre költözött családok kategóriáját. Túlságosan sok a 31, ismeretlen helyre költöző család. E szerint egy-egy intézményből évente 3-4 család „tűnik el”.

Elég sokan, a lakók mintegy 12 százaléka visszatér az eredeti családjába, ami többnyire a férjhez, élettárhoz való visszaköltözést jelenti. Feltételezhető, hogy ennek a megoldásnak alapvetően két indítéka van. Egyrészt az otthonok nagyobb részében fontos szerepet kap a

komplex családgondozás, családterápia, és ennek eredményeként a kapcsolatok rendeződnek. A másik ok pedig nagyon gyakran az, hogy az egyik szülő (többnyire az anya) felméri a helyzetét, a lehetőségek eléggé szűk kereteit, és általában a gyermekei érdekében visszamegy korábbi párjához. Még olyan esetekben is előfordul ez, ha eredetileg a durva, embertelen bánásmód elől menekültek el. Majdnem ugyanennyi család kap segítséget a szülőktől, rokonoktól, és végül hozzájuk költöznek. A kapcsolatok alakulását elemző részben említettük, hogy több család szerint az átmeneti otthonba történt költözésük után javult a viszonyuk a rokonaikkal, és több megértést kaptak tőlük.

A legnagyobb siker, a család önálló lakásba költözése sem annyira ritka, mint azt a korábbi ismereteink alapján feltételeztük. A táblázatban szereplő 176 család közül 23 önálló, független lakásba költözött. Ezek között szerepelt önkormányzati bérlakás, saját tulajdonú lakás és kiléptető lakás egyaránt. A legnagyobb arányban az önkormányzati otthonokból jutnak lakáshoz a családok. Van olyan intézmény, ahol gyakorlatilag minden család gondozása önkormányzati lakásba költözéssel fejeződik be. Ez csak néhány, többnyire önkormányzati, két-három család befogadására képes kicsi otthonok esetében történik. Sajnos igen kevés intézmény rendelkezik ezzel a lehetőséggel. Két esetben a családok (2 család) albérlők házába költöztek.

Az egyik otthonból a kiköltözésről százalékarányos tájékoztatást kaptunk, csupán összehasonlításként közöljük ezeket az adatokat.

Élettárshoz, rokonhoz költözött	20 %,
albérletbe, önkormányzati bérlakásba	20 %,
másik intézménybe	32 %,
egyéb, ismeretlen helyre	28 %.

Ezek az értékek még kedvezőtlenebb helyzetet ábrázolnak. Ha nagyon leegyszerűsítve összegezzük a kiköltözési adatokat és információkat, akkor azt mondhatjuk, hogy az intézmények törvényben meghatározott feladatukat, az otthontalanság megszüntetésében való közreműködésüket eléggé szerény eredménnyel tudják megoldani. Ez azonban nem kritika,

csupán a tények megállapítása, mert ehhez a feladathoz az otthonok még az eredményeiknél is szerényebb eszközökkel rendelkeznek.

A családok azonban nagyon optimisták, és jövőbeli elképzeléseik arról, hogy várhatóan hová fognak költözni az otthonokból, távolról sem hasonlítanak a valóságos helyzetre, illetve kevésbé rímelnék otthonok adataira. Igaz ugyan, hogy legtöbben az albérletbe költözést tartják a legvalószínűbbnek, de közel tíz százalék reméli, hogy lakást fog vásárolni, és több mint húsz százalékuk gondolja, hogy önkormányzati lakáshoz jut. Nem éri el a kérdezettek tizenöt százalékát azoknak a családoknak a száma, akik úgy vélik, egy következő átmeneti otthonba költözés a reális lehetőségük.

Az intézmények vezetőinek feltettük a kérdést, hogy milyen tapasztalatokkal rendelkeznek a családok „vándorlásáról”, vagyis arról a jelenségről, amikor a családok több gondozási cikluson keresztül családok átmeneti otthonaiban laknak, illetve rövid megszakítások után visszakerülnek az ellátórendszerbe. A vezetők fele úgy nyilatkozott, hogy az ő intézményében ilyen esetek ritkán fordulnak elő, nem jellemzőek.

Az általuk közölt fenti adatok azonban nem támasztják alá ezt az állítást.

Kíváncsiak voltunk arra, hogy a lakók körében mit tapasztalunk, ezért a kérdőívben megkérdeztük tőlük, hogy közvetlenül honnan költöztek be az otthonokba. Erre a kérdésre 124 család képviselője válaszolt.

6. sz. tábla

Lakhely az otthonba költözés előtt	Gyakoriság sorrendje	Gyakoriság	Gyakorlatos

Albérletben	1.	43	2 3 4 7
Másik otthon	2.	28	2 2 6
Szülőknél	3.	14	3
Saját lakásban	4.	13	0 5
Rokonoknál	5.	11	8 9
Szociális intézmény	6.	3	2 4
Élettársnál	7. – 10.	2	6
Család tagjai szétszórva, valahol	7. – 10.	2	6
Elhagyott épületben	7. – 10.	2	6
Önkényes lakásfoglaló volt	7. – 10.	2	6
Önkormányzati bérlakás	11. – 14.	1	0 8
Szolgálati lakásban	11. – 14.	1	0 8
Szívességből valahol	11. – 14.	1	0

Intézeti nevelőotthon	11. – 14.	1
Összesen válaszolt:		124
Nem válaszolt:		1
N=125		

A válaszok szerint az átmeneti otthonba költözés előtt a legtöbb család, összesen 43, albérletben lakott. A következő legnagyobb számú csoportot azok képezik, akik másik otthonból érkeztek. Ez 28 család, a lakók több mint 22 százaléka.

Ha elfogadjuk, hogy az otthonok felében nem, vagy csak nagyon kis számban vesznek fel más átmeneti otthonokból jelentkezőket, akkor viszont a többi intézményben a „vándorlók” aránya nagyon magas kell, hogy legyen.

Feltettük a kérdést úgy is, hogy nem közvetlenül a bekerülést megelőző időszakban, hanem korábban valamikor laktak-e már családok átmeneti otthonában vagy anyaoththonban.

Erre a kérdésre jóval magasabb értékeket kaptunk. A 124 család közül 54, a lakók 43,5 százaléka úgy nyilatkozott, hogy korábban már lakott ilyen intézményben.

Tehát, a vizsgálat alapját képező feltevésünket az adatok igazolták! A családok átmeneti otthonaiban jelentős számban élnek olyan családok, akik nem képesek kikerülni nehéz helyzetükből és végső soron ebből a rendszerből, vagyis a gondozási idő alatt az otthontalanságuk nem szüntethető meg.

Ezeknek a családoknak több mint a fele, 53 százalékuk kétszer vagy annál többször lakott már átmeneti otthonban. 15 család két, 5-5 család pedig három, illetve négy esetben lakott már korábban otthonban.

Az arra a kérdésre adott válaszokat, hogy a korábbi átmeneti otthoni elhelyezésük mennyi ideig tartott, a következő, 7. sz. táblázat foglalja össze.

7. sz. tábla

Átmeneti otthonban töltött idő, hónapban	Gyakoriság	Gyakoriság aránya (%)
1	2	3,7
2	1	1,9
3	4	7,4
4	5	9,3
6	4	7,4
8	6	11,1
9	2	3,7
10	3	5,6
11	1	1,9
12	8	14,8
14	1	1,9
15	3	5,6
18	2	3,7
20	4	7,4
21	1	1,9
24	1	1,9
25	1	1,9
30	2	3,7
41	1	1,9
48	1	1,9
96	1	1,9
A korábban otthonban lakók száma:	54	100,0
Nem laktak még otthonban:	71	
N=125		

Az eltöltött átlagos időtartam 14 hónap, és a családok 50 százaléka legalább 10 hónapig lakott már a jelenlegi elhelyezésüket megelőzően is otthonban. A legtöbben (8 család) 12 hónapot töltöttek az intézményekben. Vannak különlegesen hosszú átmeneti otthonban töltött időtartamok is.

A további válaszokból kiderült, hogy a lakók közel 10 százaléka már nem először lakott ugyanabban az intézményben. Kíváncsiak voltunk arra, hogy az ugyanabba az otthonba visszatérők mennyi idő után jelentkeznek ismét. A válaszok megoszlása 1997-2003 év között viszonylag egyenletes, egy év sem maradt ki, tehát minden évben egy-két korábbi lakó visszatért abba az otthonba, amelyben a kérdezés idején lakott. Nagyon érdekes lett volna információt kapni arról, hogy mi történt közben ezekkel a családokkal, mert évek teltek el (egy esetben hét év) a két befogadás között; erre azonban már nem terjedt ki a kutatás.

Az intézménytípus létrejötte óta küszködik a kiköltözés, szakzsargonnal élve a kigondozás problémájával. Valamennyi szakmai fórumon, rendezvényeken, konferenciákon felhívták a figyelmet az otthonok arra, hogy a befogadott családok helyzete nem oldható meg, ha nincsenek meg a kigondozás feltételei. A feltételek azonban magasabb szinten, társadalompolitikai eszközökkel teremthetők meg. Sajnos a „szociálpolitika” nem reagált a kérésre, és az egyes intézmények magukra maradtak ezzel a problémával. Néhány otthon saját erejéből szervezte meg a gondozás folytatását, illetve alternatív formáit. Utógondozást, kiléptető rendszereket hoztak létre, ami részben meg is osztotta a szakmát. Egyes vezetők véleménye szerint az utógondozás része a gondozási folyamatnak, mások szerint nem, az viszont tény, hogy központi finanszírozás erre a feladatra nincs. Ennek ellenére lassan, de növekszik a kiléptető lakások, utógondozási rendszerek száma. A szakmai ideológiák mellett azonban az intézményvezető innovatív szemlélete, menedzseri képessége, találékonysága és nem utolsósorban a személyes kapcsolatok játszanak döntő szerepet abban, hogy egy otthon vállalkozik-e erre a feladatra.

A jelenlegi átmeneti otthoni hálózatban hét intézmény működtet valamilyen formában kiléptető lakásokat. Ezek szerepe a gondozásban azért fontos, mert további lehetőséget

biztosít azoknak a családoknak, akik a lakhatásukat még nem tudták megoldani, a törvényes elhelyezési időt letöltötték, és képesek az önálló életre. Van olyan intézmény, amelyben nem csak így használják fel ezeket a lakásokat, hanem az egyes családokat az átmeneti otthon kihagyásával azonnal a „kiléptető” szintekre helyezik el. Így elkerülhetik az intézményi gondozás károsító hatásait. A kiléptető lakások egy része az intézmény tulajdonát képezi, más esetben az önkormányzat biztosítja, és van olyan lakás is, amelyet piaci feltételekkel bérelnék. A meglévő kiléptető lakások jelenleg egyszerre 34 családot tudnak befogadni. Az elhelyezés időtartama intézményenként változó, de általában nem számítják a törvényes gondozási időbe. Két intézménynek van többlépcsős (háromszintű) modellje, amelyben a különböző szintekre eltérő önállósággal rendelkező családokat helyeznek el.

Az otthonok a lakásokon kívül az utógondozás egyéb formáit is alkalmazzák, leggyakrabban természetbeni támogatást adnak. Ez magába foglalja a kiköltözéskor nyújtott segítséget: pl. bútorok, berendezések, ruhanemű, élelmiszer stb., de több otthonban vannak rendszeresen visszajáró családok, akik folyamatos támogatást kapnak. Pénzbeli segítséget csak néhány otthon tud nyújtani, ennek formái közé tartoznak: albérleti, lakás-felújítási és kamattörlesztési támogatás.

A kiköltöző családok rendszerszerű utánkövetését egyik intézmény sem tudja megszervezni. Néhány otthonban szükségét érzik, és szeretnék bevezetni, de a körülmények egyelőre nem teszik lehetővé. Elsősorban azért, mert nincs elegendő munkatársa az intézménynek ahhoz, hogy ezt a tevékenységet is el tudják végezni.

A gondozás hatékonysága, sikeressége, az intézmény működésének értékelése

Az intézmények sikeres és hatékony működésének nincs objektív mérőeszköze. Meghatározott standardok hiányában az intézményvezetők a gondozás sikerességét szubjektív módon, személyes véleményüket megfogalmazva összegezték. A teljes körű felsorolás helyett példálódzó jelleggel mutatjuk be a legfontosabb szempontjaikat.

A vezetők akkor tartják sikeresnek a munkájukat, ha:

- a családok háttérét, kapcsolatait fel tudják térképezni, a családi konfliktusokat kezelik, a kapcsolatokat rendezik, és a családot egyesítik;
- az otthonban az anya és gyermeke előbbre tud lépni, kapnak valamiféle kapaszkodót a jövőre nézve;
- a család tagjainak sikerül rendszerességet és tervszerűséget kialakítani a mindennapi életükben (gyermek iskolába jár, és jól tanul), tevékenyen intézik a dolgaikat;
- növekszik a családok önbecsülése, önállósága, önálló ügyintézési képessége;
- a család elégedett, a szülők és gyermekek jól érzik magukat az intézményben;
- a szülők munkahelyet találnak;
- az otthontalan család helyzete nem romlik tovább, az intézményi hospitalizálódást meg tudják akadályozni (több intézményvezető véleménye szerint ehhez minél rövidebb gondozási időre van szükség);
- a család élethelyzete javul, a bekerüléskor fennálló problémák csökkennek vagy megoldódnak (az egyik leggyakrabban előforduló probléma az otthontalanság, annak végleges megoldása azonban elég ritka, ezért azt az intézményvezetők többnyire nem sorolják fel a sikeres munkavégzés eredményeként);
- kiléptető lakásokat működtetnek, a családok átkerülnek a kiléptető otthonba, mert megfelelnek a felvételi követelményeknek;
- biztonságosan kerülnek kihelyezésre, együtt marad a család, és nem kerülnek rosszabb helyzetbe, akár másik intézménybe, akár albérletbe költöznek;
- a szociális bérlakáshoz jutott családok fenntartják a lakást, és a gyermekek nem kállódnak el, alkalmassá válnak az önálló életre;
- a családok nem kerülnek vissza a rendszerbe a kiköltözést követő néhány hónapot követően sem;
- a kiköltözés után a család önként visszajár az intézménybe, és bizalommal fordul az otthon munkatársaihoz;
- a visszajelzések alapján a család élethelyzete javul;
- az intézményben dolgozók közérzete jó;
- a kollégák megfelelő szakmai felkészültséggel rendelkeznek;
- az intézményvezetőjének és munkatársainak tervei vannak a jövőre nézve;

- jó kapcsolatot építenek ki, és eredményesen tárgyalnak az önkormányzattal, annak intézményeivel, pl. a gyermekjóléti szolgálattal;

Az otthonban lakókkal is értékeltettük az intézményben folyó munka hatékonyságát. Azt az öt dolgot kellett megjelölniük, amelyek a legnagyobb segítséget nyújtják számukra az otthonban.

A 8. sz. táblázatban összevontuk a hasonló tartalmú válaszokat.

8. sz. tábla

A legnagyobb segítség az otthonról	Az összes említés száma	Az összes említés aránya (%)
olcsó lakhatás, elhelyezés	136	26,2
jogi tanácsadás, ügyintézés	118	22,7
gyermeknevelés, gondozás	74	14,2
Munkahelykeresés	41	7,9
olcsó étkezés	32	6,2
kapcsolatok rendezése	29	5,6
egészségügyi ellátás	25	4,8
albérletkeresés, lakáspályázat	24	4,6
pszichológiai segítség	23	4,4
életvezetési tanácsok	14	2,7
Egyéb	3	0,6
Előtakarékosság	1	0,2

A szülők az olcsó lakhatást tartják a legfontosabb segítségnek (106 család), a lakók 86 százaléka említi első helyen. Ez nem meglepő, az azonban már kissé váratlan, hogy a perspektivikus lakhatási megoldásokhoz történő segítségnyújtásra sokkal kevesebben utalnak. Ha a válaszok közül azokat összesítjük, amelyek az elhelyezést, a biztonságos „fedele” jelentik, akkor még nagyobb a különbség. Egyértelműen láthatóvá válik, amit már korábban is leírtunk: a szülők azt érzik a legnagyobb segítségnek, hogy a család elhelyezése megoldódott. Ez a legfontosabb a számukra. A jogi tanácsadás és ügyintézés került a második helyre, ami az

intézményvezetők szerint is gyakran szerepel a gondozási szerződésekben. Saját rangsorolásukban azonban ez lényegesen kisebb fontosságú, és sok egyéb dolog megelőzi. A lakók általi gyakori említés arra utal: nagy jelentőséget tulajdonítanak annak, hogy problémáik megoldásához jogász segítségét vehetik igénybe.

A gyermekgondozásban, gyermeknevelésben nyújtott segítség több elemből tevődik össze. Tartalmazza a gyermek tanulásához nyújtott segítség mellett a csecsemőgondozás „megtanítását”, a belső bölcsődét és belső óvodát, valamint a gyermekfelügyeletet is. A munkahelykeresésben való támogatás szerepe körülbelül azonos értékelést kapott az intézmények és a lakók részéről. Valamennyien nagy fontosságot tulajdonítanak a munkának, és a munkával szerzett jövedelemnek. Ötödikként a lakók az olcsó étkezés lehetőségét emelték ki. Ez nagyon érthető, hiszen a családok a jövedelmükből a legtöbb pénzt az étkezésre fordítják. Így egyáltalán nem váratlan, hogy az ebben nyújtott támogatást nagyra értékelik. A legmeglepőbb a válaszokat tekintve az, hogy az előtakarékosságot mindössze egyetlen lakó véli segítségnek. Az intézményvezetők ezt a legfontosabb célok között említik, mint ami az önálló élet lehetőségét hivatott megteremteni. A lakók válasza azt tükrözi, hogy nekik erről teljesen eltérő véleményük van.

A kapcsolatok rendezésében kapott segítséget is elég sok, 29 család említi. Többször fordul elő, mint a lakáspályázat és az albérletkeresés együtt. Ebből arra lehet következtetni, hogy a családok is megértették, mennyire fontos, és a jövőt tekintve talán több esélyt jelent a számukra, ha inkább a személyes kapcsolatokban keresnek támogatókat, semmint hogy a reménytelen lakáspályázatokra várnak, vagy a drága albérleteket keresik.

A családok átmeneti otthona mint a gyermekvédelmi rendszer egyik intézménye

Az otthonok szakmai tevékenységének értékelésekor az intézményvezetők a sikerek mellett számos nehézségre ráirányították a figyelmünket. Az alábbiakban az interjúk készítése során legtöbbször említett, illetve legfontosabb problémákat és javaslatokat ismertetjük.

Mire alkalmas, és mire nem alkalmas a családok átmeneti otthona?

A családok átmeneti otthona nem alkalmas a szociális alapokon nyugvó, állami lakáspolitikai hiányainak pótlására. Sajnálatos módon évek óta kénytelen ezt a feladatot ellátni, természetesen sikertelenül. Emiatt gyakran épp azok a családok szorulnak ki az ellátásból, akik számára létrejöttek az otthonok. A váratlanul nehéz helyzetbe, krízisbe került családok azonnali elhelyezésére ugyanis többnyire nincs lehetőség, mert a CSÁO-k állandóan telt házzal működnek. A krízishelyzet kezelésére specializálódott egyetlen fővárosi otthon fennmaradása bizonytalan, működési engedélyük ez év végén lejár. *[Az otthon működését további egy évvel, azaz 2005. december 31-éig meghosszabbították. Sem a krízisotthon működésének feltételei, sem a fővárosi ellátás helyzete ebben a vonatkozásban nem változott a tanulmány megszületése óta. - P.G.]* Az átmeneti lakhatási probléma és a krízishelyzet eseti jellegű, és nem azonos az otthontalansággal, a hajléktalansággal.

Jelenleg a családok átmeneti otthonára vonatkozó rendelkezéseket a gyermekvédelmi törvény szabályozza, de a problémák jelentős része a hajléktalansággal függ össze. Azzal, hogy a Gyvt. szabályozása alá került a CSÁO, előtérbe került a gyermekek védelme, és jobb lett a finanszírozás, amely magasabb színvonalú ellátás biztosítását teszi lehetővé. A lakhatás és a hajléktalanság problémája azonban így kikerült a látókörből. Sajnos másfél év alatt nem lehet a családok lakhatási gondjait megoldani. Így az átmeneti intézményből ritkán lehet sikeresen kigondozni családokat.

A családok átmeneti otthona valóban csak átmeneti ideig tartó segítségnyújtásra alkalmas. Azok az esetkezelések eredményesek, amikor a család jól kondicionált és motivált a saját helyzetének rendezésére. Az olyan családok esetében, akiknél az önálló lakhatásra való erőgyűjtés a cél, nagyon gyakran felesleges ez az intézményi forma, hatékonyabb volna a „külső lakás” megteremtése. Az otthonok a különböző okok miatt bekerült családok együttes kezelésére sem igazán alkalmasak. Szükség lenne az igények szerinti differenciálódásra.

Az átmeneti otthonok több éves működése alapján kijelenthető, hogy a kis létszámú otthonokban eredményesebben lehet felkészíteni a családokat a társadalmi reintegrációra. A nagy létszámú intézmény a családok gondozását is nehezítheti.

Néhány intézményvezető szerint szükséges lenne az átmeneti otthonok feladatainak pontosabb meghatározása.

Az egymásra épülő szociális ellátási rendszer hiánya

A legnagyobb probléma, hogy a szociális ellátásnak ez a területe nem működik rendszerszerűen. Egymásra épülő, lépcsőzetes ellátási formákra és intézményrendszerre lenne szükség. Az egyes ellátási formáknak egymáshoz kellene kapcsolódnuk. Az ellátórendszernek jelenleg nincs folytatása. Ennek következtében szétesnek a családok, kilátástalanság, elszegényedés jellemzi a sorsukat. Csak addig vannak biztonságban, amíg intézményben élnek, ugyanakkor a hosszú bentlakás a család sérüléséhez, hospitalizációhoz vezet.

Tovább kell építeni, bővíteni a szociális ellátási rendszert, a családok sorsa e nélkül nem oldódik meg. A talajt vesztett, intézményi életre szocializálódott családok később csak lépcsőfokokként nyerhetik vissza képességüket az önálló életre. További segítségre, utógondozásra van szükségük. Támogatni kell őket olyan életvitel kialakításában, hogy megőrizhessék a lakásukat, ne halmozzanak fel díjhátralékot. Ennek feltétele természetesen a megélhetést biztosító jövedelem.

Az átmeneti otthonok jelenlegi alkalmazási módjuk szerint átmenetileg biztosítják a gyermekek alapellátását, de sajnos nem egyszer a szakellátásba kerülés előszobájaként működnek. Ennek a helyzetnek a megváltoztatására szintén csak az egymáshoz kapcsolódó, egymást kiegészítő ellátások lehetnek képesek.

Lakásproblémák

Súlyos probléma a szociális bérlakások hiánya. Ez olyan feladatokat ró az átmeneti otthonokra, amelyek meghaladják a lehetőségeiket, illetve amelyek megoldásához nem

kapnak megfelelő eszközöket és forrásokat. A normatív támogatás nem teszi lehetővé, hogy a kilépés módozatait megtervezze és megvalósítsa az intézmény, de még a pályázati rendszerben sincs erre elég lehetőség. Szélesebb körű támogatási formákra, a kilépési rendszert fejlesztésére, a kiléptetés hatékonyabb támogatására és alacsony rezsijű lakásokra lenne szükség. Olyan kiléptető lakásokat kellene biztosítani, amelyek független, önálló otthonként működtetnének, a normatív támogatás igénybe vételével, mert akkor a jelenleginél nagyobb segítséget tudnának nyújtani a családoknak.

Több intézményvezető véleménye a magas túljelentkezés ellenére az, hogy elsősorban nem a CSÁO-k számát kellene növelni. Helyette a törekvéseknek a prevencióra kellene irányulnia, valamint arra, hogy a családok vándorlása ne legyen szükségszerű, és a jól működő családok kisebb, de önálló lakásokhoz juthassanak, amelyek fenntartását az igényeknek megfelelő – idővel csökkenő – támogatással biztosítanák.

Az egyszülős családok nehézségei

Az „anyaotthonok” vezetői szerint az egyedül maradt anyák helyzete kilátástalanabb, mint a kétszülős családoké. Különösen nehéz, ha nincs mellettük rokon, baráti segítő közösség; ilyen körülmények között az egyszülős családok nehezen tudnak önálló életvitelt kialakítani. Többszörös a hátrányuk a munka világában, és a lakhatás megteremtésében, valamint a szülői szerepek egy személyben történő betöltésében.

A teljes körű ellátás hospitalizációs hatásai

Az intézményvezetők többsége jelzi, hogy problémát jelent az a szabályozás, amely teljes körű ellátást ír elő a gyermekek számára. A teljes körű ellátás kötelezővé tétele

értelmezhetetlen és elfogadhatatlan, helyette szükség szerinti ellátási kötelezettséget javasolnak. Az átmeneti gondozás keretében jelentős különbség van a gyermekek átmeneti otthona és a családok átmeneti otthona között.

Teljes ellátási kötelezettséget csak a GYÁO-ban élő gyermekek esetében kellene megállapítani, a CSÁO-ban elsősorban a családokat kell erősíteni. A törvény által előírt teljes körű ellátás azért is indokolatlan, mert csökkentheti a családok motivációját a kikerülés elérésére. Nem célszerű tovább hospitalizálni az átmeneti otthonokban élő családokat. A teljes körű ellátás nyújtása nem életszerű, nem segít a családok önerejének fokozásában, hanem ellenkezőleg, életképtelenné tesz. Ezért az intézmények gyakran szakmai okok miatt jogszabályszegésre kényszerülnek.

Sajnos előfordul, hogy a gyermekek számára az átmeneti otthon jelenti a családi otthont, és szinte feloldódnak a határok a család és intézmény között. Például a bántalmazás miatt bekerülő anyák nem értik, miért kell a gyermekeik részére nevelési, „macis” fejlesztési tervet készíteni. Az jó, hogy előtérbe helyezik a gyermeket, de amíg a család helyzete nincs rendezve, amíg nem oldódnak meg a problémái, addig a gyermek is bizonytalan helyzetű. A családok autonómiáját kell növelni, erősíteni, és nem fordítva.

A foglalkoztatási probléma

A krízis fogalomkörébe tartozik a foglalkoztatási krízis is. A munkához jutott szülők fele „feketén” dolgozik, biztonság és garancia nélkül. Az egyedülálló anyák helyzete még ennél is rosszabb. A Munkaügyi Központokon keresztül olyan támogatási formákat kellene létrehozni, amelyekkel a munkaadókat érdekeltté teszik a gyermekes anyák foglalkoztatásában.

Két intézményben is tervezik, hogy az egyedülálló anyák részére számítógép-kezelői tanfolyamot szervezzenek. Ezzel az anyák elhelyezkedését próbálják elősegíteni, de több

intézmény foglalkozik a lakók munkaerő-piaci helyzetének képzések útján történő javításával. Az önálló életvitel kialakításának alapfeltétele a foglalkoztatás problémájának a megoldása.

Együttműködés

A családok átmeneti otthonainak munkáját szakmaközi és intézményi együttműködéssel lehetne eredményesebbé tenni. A törvény elvárásai nem teljesülnek abban a vonatkozásban, hogy az intézmények összedolgozva, egymást tájékoztatva segítenék a családokat. Jelenleg nincs folyamatosság a gondozásban. Az egyes intézmények örülnek, ha megszabadulnak egy-egy problémásabb esettől. A törvény az átmeneti otthonok számára a kereteket megteremtette, az egyes intézmények működése a falakon belül a személyzettől függ. A törvényben hangsúlyosabbá kellene tenni az intézmények közötti „kötelező” együttműködést. Van olyan intézményvezető, aki kiemelte saját kerületében az intézmények és a szakemberek jó együttműködését, amely példaértékű lehet a többi kerület számára.

Néhány intézményvezető szerint nem volt szerencsés a családsegítő és a gyermekjóléti szolgálat szétválasztása, komplex intézményrendszerre lenne szükség az összetett problémák kezelésére. A gyermekjóléti szolgálat sokszor radikálisan reagál a problémákra, ezért a családok menekülnek, vándorolnak, félnek a „hatóságtól”, attól tartanak, hogy elveszik tőlük a gyermekeket. Ennek az a következménye, hogy a társadalomból még nagyobb mértékben kirekesztődnek ezek a családok.

A szociális szakemberek problémái

Szociális szakképzés az országban már számtalan felsőoktatási intézményben folyik. Több intézményvezető tapasztalatai szerint a képzésből kikerülő fiatal szakemberek nem mindig alkalmasak és felkészültek arra, hogy nehéz helyzetű, sokproblémás családokkal foglalkozzanak. A fiatalokat jobban fel kellene készíteni a pálya nehézségeire, és csak érett,

egészséges személyiségű embereket kellene erre a szakmára képezni. A szociális munkásokat többre kellene becsülni, értékelni. Szükség lenne a szakma érdekérvényesítési fórumainak a bővítésére. Két vezető tett említést arról, hogy önkéntesek dolgoznak az intézményében, ami arra enged következtetni, hogy Magyarországon, vagy ebben az ellátási formában még nem honosodott meg a civil személyek részvétele.

Az intézményvezetők a mentális gondozás megerősítését fontosnak tartják. A lakók és az intézmény között gyakran keletkezik érdekkonfliktus. Az intézmény bizonyos viselkedésformákat kénytelen szankcionálni, ezzel gyakran megnehezíti, vagy éppen lehetetlenné teszi az őszinte, bizalmas kapcsolat kialakulását, ami pedig feltétele lenne a valóban hatékony segítségnyújtásnak. A családgondozók időnként „börtönőri” szerepre kényszerülnek, miközben „pszichológusnak” is kellene lenniük. A kettő együtt nehezen valósítható meg. A feszültségek feloldása, a gondozás szakmai színvonalának javítása érdekében szükséges lenne adekvát képzéseket és tréningeket szervezni a személyzet és a gondozottak részére egyaránt. Végezetül az egyik otthonvezető kiemelte, hogy a gondozás folyamatában a személyességnek, az őszinteségnek nagyon nagy szerepe van. Az intézményében a legfontosabb elvek közé sorolják, hogy adott esetben be kell ismerni hibáikat, tévedéseiket, ettől válik hitelessé a segítő.

Bántalmazott családok speciális problémái

Az egyik, elsősorban bántalmazott családokkal foglalkozó intézmény vezetőjének véleménye szerint nagy a látencia a bántalmazott családok számában. Ha a bántalmazónak felsőfokú végzettsége van, akkor óvatosságból, ha pedig nagyon erőszakos, brutális, akkor a félelem miatt nem működik megfelelően a jelzőrendszer. Különösen vidéki, kis településről érkezett családok esetében tapasztaltak ilyen problémákat. Sokszor a bántalmazott családtagok sem mernek változtatni a helyzetükön, mert nincsenek olyan intézmények, ahol bármikor be tudnák fogadni őket. Az anyaotthonokban mindig teltház van, esetenként hónapokat kell várni a bekerülésre. Szükség lenne regionális krízisközpontokra, legalább megyei szinten. Akkor

derülhetne fény arra, hogy a valóságban hány családból menekülne el a bántalmazás elől, ha a bántalmazottaknak lenne hová menniük.

A távolságtartás törvényét is akkor lehet majd alkalmazni, ha a családok szükség esetén megfelelő elhelyezést és védelmet kaphatnak. Intézményi háttér nélkül ez a társadalmi probléma nem kezelhető. Az intézményvezetők véleménye szerint a bántalmazó megbírságolása helyett eredményesebb lenne a családok védelmét szolgáló koncepció és családterápia alkalmazása.

Összegzés

A vezetői interjúkban és a kérdőívekben még számos kérdést feltettünk, amelyekkel terjedelmi okok miatt ebben a tanulmányban nincs lehetőségünk foglalkozni. Kutatási beszámolónkban részletesen az átmeneti otthonok jelenlegi helyzetét vizsgáltuk, és az általunk legfontosabbnak vélt információkat gyűjtöttük össze.

Budapesten tizenhét családok átmeneti otthona működik, amelyeknek egy része teljes (kétszülős) családokat is be tud fogadni, de néhány közülük csak anyaotthon. Az otthonok működtetése megoszlik a civil szervezetek és az állami (önkormányzati) intézmények között. Az átmeneti otthonok nagyon fontos szükségleteket elégítenek ki, és az igények messze meghaladják a meglévő kapacitásokat.

Jelenleg a szükségletek megoszlása nem pontosan ismert, ezért nem tudható, hogy az anyaotthonok és a teljes családokat befogadó otthonok aránya megfelelő-e.

Az otthonokba fővárosi és vidéki illetőségű, valamint lakcím nélküli, túlnyomó részben otthontalan családok nyernek elhelyezést. Az intézmények egy része csak a budapestieket fogadja be, de a legtöbb otthonban ez nem kizárólagos felvételi szempont. A felvételre jelentkező szülők életkora nagyon széles korszávot ölel át, 14 évestől 54 évesig.

A családok túlnyomó része szegény. Jövedelmük a lakhatás és a megélhetés költségeit nem fedezi. Kevés közöttük a munkanélküli, de a munkájuk alacsony bérű és több mint fele

részben nem bejelentett, bizonytalan. Az egyedülálló szülők, ritka kivételtől eltekintve, nők, nagyobb részben nem dolgoznak, hanem a gyermekek után járó támogatásból élnek. A legtöbb szülő egy vagy két gyermekkel lakik az otthonban, de akadnak nagyobb családok is. A családok több gyermekkel rendelkeznek, mint ahánnyal az otthonokban együtt élnek. Az otthonokban lakó gyermekek életkora 0-21 év között van, több mint 90 százalékuk 14 év alatti.

A családok többsége tartósan otthontalan, kapcsolataik szűk körűek. Rokonoktól, barátoktól általában nem várhatnak hatékony segítséget.

A szakemberek az otthonokban folyó intenzív gondozás ellenére sem tudják az otthontalanságot felszámolni, mert ehhez nincsenek eszközeik, és a gondozási idő lejártával a támogatásnak nincs folytatása. Néhány otthon saját maga tesz kísérletet arra, hogy a családok elhelyezését kiléptető rendszerrel vagy kiléptető lakásokkal oldja meg. A családok egy része azonban az átmeneti otthonokban marad, vagy egy idő után visszakerül ebbe az ellátási formába. A családok közel fele tartozik ebbe a csoportba. Ők esetenként folyamatosan, vagy megszakításokkal „vándorolnak” az intézményekben. Ezek a családok tulajdonképpen hajléktalanok.

A szülők a családok átmeneti otthonaiba a „gyermek jogán” kerülnek be, mivel az intézmény a gyermekvédelem rendszeréhez tartozik. Az elhelyezés célja a gyermekek veszélyeztetettségének megelőzése vagy megszüntetése, emiatt nagy figyelmet fordít a gyermekek fejlődésére. Hipotézisünkben azt feltételeztük, hogy a gyermekek jogai sérülnek. A gyermekvédelmi törvény értelmében a gyermeknek joga van az egészséges fejlődéshez. Biztosítani kell számára a testi, értelmi és érzelmi fejlődés lehetőségét, és a szülővel való együtt maradáást. Az átmeneti otthon garantálja, hogy a gyermek ne szakadjon el a szülőjétől, és nevelkedése, fejlődése családja körében (is) történhessen. Az egészséges fejlődésnek azonban további feltételei vannak, amelyek hiánya esetén a fejlődés akadályozott, súlyosabb esetben betegségek kialakulásához vezethet. Ezek közül a fejlődést károsító környezeti hatások közül jó néhány megtalálható az átmeneti otthonban lakó családok életében, és

különösen azokéban, amelyek nem tudnak „megfelelő időben” kilépni a rendszerből, „vándorolnak”.

A családok életéből szinte teljesen hiányzik az állandóság. Az átmeneti otthonokba a szomszédok, nem ritkán a szobatársak nem egyszerre költöznek be, és nem azonos ideig maradnak. A kialakult közösségi kapcsolatok megszakadnak. A gyermekek számára még súlyosabb következményekkel járnak az óvodai, iskolai váltások, amelyek során egyre újabb környezethez, új közösségekhez kell alkalmazkodniuk. Az egyes otthonok működése és szolgáltatásai nagyon különbözőek, ez a személyes kapcsolatok gyakori változása mellett további terhet jelent a családoknak. Az otthonok tárgyi feltételei szélsőségesen eltérnek egymástól, (alapterület, helyiségek, felszereltség,) és a szolgáltatásaik is különfélék. Egyes intézményekben belső bölcsőde és óvoda, tanulószoba, fejlesztő pedagógus segíti a gyermekek nevelését, míg másutt ezek hiányoznak. Az otthonok eltérő szokásai, értékrendje sok esetben egészen közvetlenül hat a gyermekekre is. (Például: házirendben szereplő korlátozások.)

Az otthonba költöző család korábbi életritmusa, szokásrendszere átalakul. A szülők olyan elvárásokkal találkoznak, amelyeknek nem minden esetben tudnak megfelelni, elbizonytalanodnak. A szerepében bizonytalan, hospitalizálódó szülő a gyermek gondozásával, nevelésével járó felelősséget sem tudja teljes körűen ellátni. A szülő és az intézmény között a gyermek gondozását és nevelését érintő kérdésekben konfliktusok keletkezhetnek. A „beavatkozás” miatti feszültségek károsítóan hathatnak a szülő-gyermek kapcsolat alakulására is, megnehezíthetik a gyermek identitásának kialakulását, a családi szocializációt. A család külső, rokoni, baráti kapcsolatai általában eleve szűkösek, a kapcsolattartás lehetőségei az egyes intézményekben eltérőek, és az otthonok nem egyforma hangsúlyt fektetnek erre. Az elhelyezett családokkal szembeni előítéletesség, diszkrimináció a gyermekintézményekben is előfordul, gyakori színterei: a bölcsődék, óvodák illetve iskolák, és a megkülönböztetés nemcsak a szülőkkel szemben nyilvánul meg, hanem sajnos nem egy esetben a gyermekek az elszenvedői.

A felsorolt negatív hatások miatt fennáll a veszélye annak, hogy az átmeneti otthonokban élő gyermekek egészséges fejlődéshez való joga sérül.

Az otthonokban szakképzett személyzet dolgozik, tevékenységük alapelveit, szakmai programjaikat az a célkitűzés határozza meg, hogy elősegítsék a befogadott családok sorsának rendezését, elsősorban otthontalanságuk megszüntetését. Az intézmények működésében minden esetben fellelhetők egyedi sajátosságok, jó ötletek, megoldások, és természetesen problémák is. Céljaik elérését, munkájuk hatékonyságát a szociálpolitika, elsődlegesen a lakáspolitikai és a foglalkoztatáspolitikai, valamint az ellátórendszer struktúrája befolyásolja. Az otthonok nem rendelkeznek kellő súllyal ahhoz, hogy hatással legyenek ezek alakítására, de ez nem jelenti azt, hogy az egyes intézmények ne törekednének arra, hogy jobban szolgálják a családok érdekeit.

Az alábbi javaslatokat az intézmények véleményei és ötletei, valamint a kutatás tapasztalatai alapján állítottuk össze:

- Szükség van a szakmai dilemmák kibeszélésére teret adó rendszeres találkozásokra, vitákra. (Az NCsSzI részéről már több ízben történt ilyen célú kezdeményezés, biztosítani kell a folytatását és állandó kereteit.) A problémák feltárását további kutatási pályázatok kiírásával lehetne elősegíteni.
- Lehetővé kell tenni, hogy az átmeneti otthonok szakmai kérdéseiről szóló külföldi szakirodalom magyar nyelven is hozzáférhető legyen, ösztönözni kell a területen dolgozókat a tapasztalataik leírására.
- Nélkülözhetetlen a szakmai normák kialakítása: pl. felvétel, gondozási szerződés, szankció-rendszerek, utógondozás stb. Mindenekelőtt meg kellene keresni azokat az eszközöket, amelyekkel csökkenthető a családok kiszolgáltatottsága, növelhető az autonómia és a függetlenség. Szükség van módszertani kísérletek, modellek kidolgozására és kipróbálására. Hasznos volna a megszerzett külföldi tapasztalatok széles körben történő ismertetése is.
- Olyan akkreditált szakmai képzéseket, továbbképzéseket kellene szervezni, amelyek ennek az ellátási formának a kérdéseit dolgozzák fel.

- Elő kell segíteni egy olyan minőségfejlesztési rendszer kidolgozását, amellyel az intézmények tevékenységének hatékonysága, eredményessége mérhetővé, értékelhetővé válik.
- Az adatkezelés és adatszolgáltatás javítása érdekében létre kellene hozni az intézmények egységes nyilvántartási rendszerét.
- A gyermekvédelmi rendszer intézményei közötti kooperáció a gyakorlatban nem megfelelően valósul meg, részletesebben ki kellene dolgozni az együttműködés, a kapcsolattartás formáit.
- Új intézmények létrehozását, működési engedélyek kiadását közösségi terek kialakításának feltételéhez kellene kötni, például: kert vagy udvar, gyermekjátszó helyiség, a látogatás helye stb. Meg kell határozni az elhelyezés normáit abban a tekintetben is, hogy egy személyre mekkora lakóteret szükséges biztosítani az intézménynek.
- Az eredményes gondozás feltétele a családok kiléptetésének biztosítása. Ki kell dolgozni ennek a rendszerét, és hozzá kell rendelni a végrehajtó intézményeket és a szükséges forrásokat.
- Meg kellene vizsgálni, hogy a már kialakult profillal rendelkező, valamint az adott klienskör ellátására koncentrálnó intézményi hálózatból létre tud-e jönni az egymás szolgáltatásait kiegészítő ellátórendszer.
- Prevenációs intézkedések alkalmazásával meg kellene előzni a családok otthontalanná válását. A különböző lakhatási módok megőrzésének támogatása mellett a rászoruló családokat még az otthonuk elvesztése előtt intenzív családgondozásban kellene részesíteni (háztartás-gazdálkodás, adósságkezelés, gyermekfelügyelet stb.).
- A családok átmeneti otthona számára a gyermekek teljes körű ellátásának biztosítását a 15/ 1998. NM rendelet írja elő. Ezzel szemben az 1997. évi XXXI. törvény 51§. 3. d.) szerint „segítséget nyújt a szülőnek gyermeke teljes körű ellátásához, gondozásához, neveléséhez.”. Valamennyi megkérdozett intézmény vezetője egyetért abban, hogy a családok számára sokkal hasznosabb a gyermekek ellátásában való segítségnyújtás, mint a feladat átvállalása. A szakemberek javasolják a törvény végrehajtási utasításának módosítását.

A tanulmány által feltárt információk, következtetések és megállapítások nem hoztak felszínre eddig nem ismert tényeket és összefüggéseket. Egy-egy intézmény azonban „csak” a saját tapasztalatainak van teljesen birtokában. Arról azonban, hogy a budapesti átmeneti otthonok rendszere a valóságban hogyan működik, milyen adatok jellemzik, és a kliensek hogyan élik meg a róluk való gondoskodást, mi a véleményük az otthonokban lakó családoknak, csak egy átfogó kutatás adhatott betekintést. Az elvégzett kutatással a budapesti intézmények működéséről kaptunk képet, amely valószínűleg még mindig nem teljes.

A kutatás megállapításait nem lehet kiterjeszteni a vidéki otthonokra. A családok átmeneti otthona országos rendszerét csak egy az összes intézményre kiterjedő vizsgálat nyomán ismerhetnénk meg.

Köszönetet mondunk az együttműködő otthonok vezetőinek és munkatársainak, valamint a kérdőíveket kitöltő családoknak. Közreműködésük tette lehetővé a kutatás megvalósulását.

**Belláné Bogár Katalin - Némethné Bokor Rozália - Pécsi Gyuláné - Szarka
Ilona**

A Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottságok működésének tapasztalatai

A következőkben négy megye – Somogy, Vas, Veszprém, Zala – Gyermekvédelmi Szakértői Bizottságai működésének tapasztalatairól szeretnénk számot adni, amelyek jól példázzák a bizottságok alakításával, működésével kapcsolatos problémákat, valamint a kialakuló gyakorlatokat és a nehézségek megoldására szolgáló elképzeléseket. A megyékben eltérő megoldásokat láthatunk a feladatellátásra, de a gondok mindenképpen hasonlóak. Ezért szeretnénk, ha a más megyékben dolgozó szakemberek megismerkednének a problémáinkkal, elképzeléseinkkel, ezáltal elősegítve a szakmai párbeszédet és a feladatellátás megfelelő színvonalú biztosítását.

A cikk a négy megye Gyermekvédelmi Szakértői Bizottsága vezetőinek a beszámolóiból áll össze, amelyeken nem változtattunk – ennek köszönhető az eltérő forma és terjedelem; azonban a tapasztalatokat véleményünk szerint nem lehet más módon megjeleníteni.

A Somogy Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság tapasztalatai

A Gyvt. 2003. évi IV. 46. § (2) bekezdése kötelező feladattá tette a Szakértői Bizottságok működését. A törvénynek megfelelően megalakult a Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság, amely 2003. év első felében kissé foghíjasan működött. Májustól főállású pszichológus segítette a munkát, majd július 1-től teljes létszámmal kezdett el működni a bizottság: főállású pszichológus, szociális munkás, gyógypedagógus, adminisztrátor, valamint megbízási szerződés keretében gyermekorvos és pszichiáter.

2004-ben változás történt: a főállású pszichológus munkáját 2 megbízási szerződéses pszichológus látja el.

A TEGYESZ Szervezeti és Működési Szabályzata szerint a bizottság az általános igazgatóhelyettes közvetlen irányítása alatt áll, de szakmailag önálló egységet alkot. Tevékenységét a szakmai program tartalmazza.

Bizottságunk 2003-ban 308 vizsgálatot végzett. 2004-ben június 30-ig 169 szakértői vélemény készült. A beszámoló készítésének időpontjában (2004. 09. 13.) a 250. vizsgálatnál tartunk.

A problémák a bizottság fennállása óta azonosak.

- ◆ A munka nehézségét az okozta, hogy az ideiglenes beutalások esetében a gyermekjóléti szolgálatok nem biztosították a megfelelő iratanyagot, információkat, ami a vizsgálatok elvégzését időben hátráltatja.
- ◆ A célirányos beutalásoknál (IDE) a gyerekek utaztatása is gátolta a vizsgálatok időbeli elvégzését.
- ◆ Az átmeneti nevelésbe vételi eljárás keretében a gyerekek többszöri behívás esetén sem érkeztek meg a kiértékelés időpontjára. Az információ itt is sok esetben nagyon hiányos, a gyermekjóléti szolgálat a gyámhivatal felé küldi az adatlapokat, és nem közvetlenül a bizottságnak.
- ◆ A gyerekek nagy többsége oktatási intézménybe jár, mégis külön kell a pedagógiai véleményt gyerekekről megkérni, mert ilyen nincs a családgondozási anyagban.
- ◆ Az adatlapok nagyon hiányosak, kevés felhasználható információt tartalmaznak.
- ◆ Már meglévő szakvélemények beszerzése nehézségekbe ütközik, főleg a pszichiátriai jellegű vélemények esetében.

A tavalyi évben a felülvizsgálatok során szinte minden esetben kérte a gyámhivatal a bizottság véleményét, még akkor is, amikor a nevelőszülő átköltözött az utca túloldalára, jobb körülmények közé. Szakértői véleményt készítettünk kapcsolattartás elősegítéséhez vagy annak megvonásához, átmeneti nevelés megszüntetéséhez, a nevelőszülő és vérszerinti szülő kapcsolatának rendezéséhez is, ami a gyermek érdekében nagyon fontos volt. Készítettünk vizsgálatot nevelőszülő és vérszerinti szülő kapcsolatának rendezéséhez is.

A kollégák a nevelőszülőnél nevelkedő gyermekeknél felmerülő problémák esetében jó néhány vizsgálatot kérnek. Sok a pszichés alapú magatartási zavarral küzdő gyermek, aki a bekerülés előtt valamilyen formában bántalmazott volt. Sokan nem érik el a koruknak megfelelő fejlettségi szintet, sem érzelmi, sem értelmi, sem szociális téren.

A gyermekotthonban nevelkedő gyermekeknél helyben megoldható a fejlesztés, ami a nevelőszülőknél élők esetében a területileg illetékes nevelési tanácsadóban, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői Bizottságoknál (továbbiakban TKVSzB) lehetséges. Sajnos ezek az intézmények is nagyon leterheltek.

A megyében működő nevelési tanácsadókkal és TKVSzB-vel jó a kapcsolatunk. A pszichés problémákkal küzdő kisgyermek és serdülők ellátása már komoly gondot okoz, mivel nincs a kórházban gyermekpszichiátria osztály. A gyermek- és ifjúsági ideggondozók olyan túlterheltek, hogy a gyógyszer felírásán kívül szinte nem tudnak mást felvállalni, holott személyre szabott terápiára volna szükség. Ezt sajnos mi sem tudjuk biztosítani, mert nincs hozzá szakember. Sok a hiperaktív, figyelemzavaros gyerek, akik más elbírálást és segítséget igényelnének.

A gondozásban lévő serdülőkorba lépő gyerekeknél tapasztalható a legtöbb probléma: magatartási zavarok, devianciák, alkohol, drog, bűncselekmények. Ebből a korcsoportból kerül ki a legtöbb speciális nevelési szükségletű gyermek. A deviáns, bűncselekményt elkövetett kamaszok töredéke pártfogói felügyelet alatt áll. A pártfogói irodával is jónak mondható a kapcsolatunk, folyamatosan végezzük a speciális szükségletre irányuló vizsgálatokat.

A nevelőszülői hálózat nagyon toleráns, mert az 567 nevelőszülőnél nevelkedő gyerekből 45 fő vizsgálatát kérték, ebből mindössze 32 fő bizonyult speciális szükségletűnek. A gyermek- és lakásotthonokban 10 főt minősítettünk speciális nevelési szükségletűnek.

A legnehezebben kezelhető és súlyos problémákat okozó gyermekeknél igénylik a speciális vizsgálatot, amikor már többféle lehetőséget megpróbáltak. Ilyenkor kérjük az OGYSzB vizsgálatát. A másfél év alatt 8 gyermek vizsgálatát és elhelyezését kértük, ebből 3 fő került

speciális gyermekotthonba elhelyezésre, az Országos Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság javaslatára. Ez nagyon kevésnek tűnik, mivel az elutasítottak között olyan 14 éves fiúk is voltak, akik elkövettek bűncselekményt, beilleszkedési zavarral küzdenek, drogokat használnak, és pszichés problémákkal is küzdenek. Úgymond mindent kimerítenek, ami a speciális gyermekotthonba kerülést biztosítaná. A vizsgálatra felkérés minden esetben megalapozott volt a szakértői bizottság részéről, az elutasítás oka viszont nem ismeretes előttünk.

A munkánkat nehezíti ezen a területen, hogy nincs egységes módszertani útmutató, amit tavaly szeptember óta sajnos nem kaptunk kézhez (Szeged, 2003. 09.). Az elbírálás egységesítése fontos lenne, mivel így a szubjektív megítélések minimálisra csökkennének.

A gyógypedagógiai szempontból és a gyermekvédelmi szempontból különleges szükségletűnek történő minősítést teljesen szét kellene választani. (A Vakok és Gyengénlátók Országos Bizottsága leírja a speciális szükségletet, ami különleges gyermekotthonban elégíthető ki – nemcsak szemüveg, de nagyító is rendelkezésre áll a tanuláshoz és különböző speciális eszközök.) Speciális nevelési szükséglet elbírálásához a kritériumok nem megfelelően körülhatároltak. Az elbíráláshoz nem rögzítettek a vezető tünetek.

Somogy megyében a gyermekvédelmi gondoskodásban lévő gyerekek között

- ◆ sok a koravén attitűdöt mutató, pszichés problémákkal küzdő gyermek, akik a gyermekpszichiátria hiányában nem kapnak megfelelő ellátást (nem a gyógyszer a megfelelő segítség);
- ◆ nagy a bántalmazott gyermekek száma;
- ◆ sok a 6 évesen tic-kező, Tourette-szindrómás, alkoholszindrómával született gyerek; a hiperaktív, figyelemzavaros gyerek, akik ha nem részesülnek fejlesztésben, és nem kerülnek megfelelő szakemberhez, olyan kamaszokká válnak, akiket utóbb a speciális ellátást biztosító gyermekotthonban sem lehet pozitív irányba fordítani a sok átélt kudarc miatt. A fentiek alapján 10 év alatti speciális szükségletű gyerekek is vannak a rendszerben.

Hosszú évek tapasztalatainak birtokában úgy érzem, a prevencióról csak beszélünk, de nem teszünk érte. A gyerekek közül nagyon sokan szorulnának pszichés megsegítésre mindjárt bekerülésük után, amit csak újabb szakemberek bevonásával lehetne biztosítani. A rendszerbe kerülő gyermekeknél a legfontosabb a megfelelő mentális és egészségügyi állapot elősegítése. Minden más csak az után lehetséges.

Úgy gondolom, hogy akkor lenne teljes a munkánk, ha terápiát is tudnánk biztosítani a gyerekeknek és a nevelőszülőknek, valamint ha több szakmai megbeszélésre kerülhetne sor. A megyei bizottságok felállításakor fontos lett volna egy egységes metodika megalkotása, még a munka megkezdése előtt. Kevés segítséget kaptunk szakmailag (mondhatni semmit!). A megyénként változó tárgyi és személyi feltételek biztosítása mellett nehéz azonos munkát végezni, mivel a megyék minden szempontból különböznek egymástól (népesség összetétele, munkalehetőség, szakember-ellátottság, szociális körülmények stb.). A gyermekvédelmi szakellátásban lévő gyermekek száma is eltérő, ami Somogy megyében 1200 fő. Mások a terápiás lehetőségek is (drog, pszichiátria). A velünk szembeni elvárások nem egyértelműen körülhatároltak, nem tisztázottak a kompetenciahatárok. (Meddig terjednek a jogosítványaink?)

A gyermekvédelmi törvény kimondja, hogy a gyermek érdeke mindenképp felett áll, mégis sokszor hivatalos úton sem lehet hozzáférni a megfelelő információkhoz. Így a gyerek indokolatlanul sok kellemetlenségnek lesz kitéve.

Az OGYSzB-hez felterjesztettek vizsgálata túl hosszú ideig húzódik. Amire a vizsgálatra sor kerül, a gyerekek még nagyobb problémákkal küzdenek, vagy eltolódik a probléma súlypontja. Ez nem igazán a gyerekek érdekét szolgálja. Jó lenne tudni, hogy 12 éves kortól meddig terjesszük fel vizsgálatra a gyerekeket. Melyik az utolsó korhatár, 16 vagy 17 év? A 17 éves gyerekeknek is sokat lehetne segíteni egy év alatt, főleg, ha utána utógondozói ellátottak maradnak. Ezt a lehetőséget érdemes volna végiggondolni, mivel egyre több gyerek marad utógondozói ellátottként a rendszerben.

Amennyiben minden információ a rendelkezésünkre áll, a szakértői vélemények elkészítése három hetet vesz igénybe (vizsgálat – megbeszélés – aláírás). A TEGYESZ növendékügyi előadója, a vizsgálat és a szakmai egyeztetés után, értesítést kap az elhelyezési javaslatról, hogy az elhelyezési értekezletet időben össze tudja hívni. A vizsgálatok után minden esetben történik szakmai megbeszélés, mivel a kollégák újbóli összehívása akadályba ütközne.

A szakértői bizottság munkáját az alapellátásból érkező információk időbeni beérkezésével lehetne felgyorsítani. Több szakmai megbeszélésre lenne szükség, hogy tapasztalatainkkal segítsük egymást.

A Vas Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság működéséről

A Vas megyei otthont nyújtó gyermekvédelmi szakellátás kis létszámadatokkal jellemezhető. 2004 félévkor 306 szakellátásban élő gyerek szerepelt a nyilvántartásban, a bekerülések és megszűnések arányát nézve jelenleg stagnálás tapasztalható a megyében. Ennek megfelelően a bizottság is kis esetszámmal dolgozik.

Bizottságunk 2003 novemberében alakult meg, azóta a 2004-es év közepéig bezárólag 43 vizsgálatot végeztünk el. Kis esetszámunknak „köszönhetően” a szakszolgálaton belül egyéb feladatot is el kell látniuk a főállású bizottsági munkatársaknak. Tudjuk, hogy ez a gyakorlat nem szerencsés, de a bizottság szerevezésekor nem sikerült jobb megoldást találni.

Az alpbizottság 3+1 tagú:

- ◆ 1 fő gyermekszakorvos – külső munkatárs, megbízásos jogviszonyban
- ◆ 1 fő pszichológus – belső munkatárs, mellette nevelőszülői körben és örökbefogadók körében vizsgál
- ◆ 1 fő családgondozó – belső munkatárs, egyéb nevelőszülői körben családgondoz
- ◆ 1 fő vezető – belső munkatárs, mellette örökbefogadási tanácsadó.

A kibővült bizottság plusz két fővel dolgozik:

- ◆ egy pszichiáterrel – felnőtt-pszichiáter (a gyermekpszichiátria területén ellátatlan volt a megye a bizottság alakulásakor); külső munkatárs, megbízásos jogviszonyban
- ◆ és egy gyógypedagógussal – belső munkatárs, mellette tanácsadó speciális lányotthonban; elhelyezési munkatárs.

A munkafolyamat lépései

A gyermek vizsgálatára vonatkozó megkeresés vagy az ideiglenes hatályú elhelyezésről szóló határozat alapján a bizottság vezetője tájékoztatja a bizottsági tagokat a vizsgálat szükségességéről.

Amennyiben nincs előzményanyag, annak beszerzése érdekében a bizottság vezetője felveszi a kapcsolatot az illetékes gyámhivatallal, ha ilyen ott sem áll rendelkezésre, a gyermekjóléti szolgálattal.

A bizottság vezetője vizsgálati időpontot egyeztet a pszichológus, gyermekorvos kollégákkal, akik (csecsemőkorú gyermek kivételével) a szakszolgálatnál vizsgálnak, külön e célt is szolgáló helyiségekben. Csecsemőkorú és a befogadó csoportban elhelyezett gyermek vizsgálata a gyermek gondozását ellátó helyen is történhet. A pszichológiai és orvosi vizsgálat azonos időpontban történik, így ezek összeegyeztetése elengedhetetlen.

Erre az időpontra a bizottság levélben behívja a gyermeket családjával, vagy ideiglenes hatályú elhelyezés esetén gondozójával együtt. A levél egy héttel a vizsgálatot megelőzően postázásra kerül.

A családgondozó felveszi a kapcsolatot az illetékes gyermekjóléti szolgálattal, nevelési-oktatási intézménnyel, személyesen felkeresi a családot, többnyire a gyermekjóléti szolgálat családgondozójával együtt.

A bizottság heti rendszerességgel vizsgál, ülésezik. A tanácskozáson mindenki kifejti véleményét, és közös vélemény, javaslat kialakítására is sor kerül. Az alap bizottság tagjainak véleménye kapcsán felmerülhet a speciális ellátási igény esetleges szükségessége. Ebben az esetben a bizottsági egyeztetést követően a vezető felveszi a kapcsolatot a pszichiáter, ill. a gyógypedagógus szakemberrel, és közös időpontot beszél meg velük a vizsgálatra, ami szintén az intézményben történik. Erre az időpontra ismételten behívja (levélben vagy telefonon) a gyermeket családjával, gondozójával együtt.

Az adminisztráció minden bizottsági munkatárs saját feladata, ami az egyéb feladatok végzése mellett nehézkesen működik. Az írásos szakértői vélemények a legoptimálisabb esetben is csak a bizottsági ülésre készülnek el.

Az összesített szakvéleményt a bizottsági ülés után, a vélemények elkészültét követően állítja össze a vezető. Az összesített vélemény viszonylag hosszabb terjedelmű: az előzmények és a jelenlegi helyzet rövid leírását, a vizsgálat eredményének kivonatát tartalmazza, valamint javaslatot fogalmaz meg az elhelyezési formát, a kívánt változások elérését illetően, és a gyermek állapotának megfelelő ellátással, támogatások igénybe vételével kapcsolatban. Utalást tartalmaz a javaslat a nevelés várhatóan szükséges minimális időtartamára, kapcsolattartásra vonatkozóan.

A bizottsági ülést követően, az ott született döntésnek megfelelően a bizottságvezető tájékoztatja a szakszolgálat elhelyezési munkatársát a javaslatról, aki ennek alapján összehívja az elhelyezési megbeszélést. Az elhelyezési megbeszélésen részt vesz a bizottság vezetője, és ismerteti a bizottság javaslatát.

Gyakorlatunk során pozitívként könyveljük el az alábbiakat:

- ◆ A korábbiakhoz képest alaposabb körüljárás történik az esetek kapcsán. A családgondozó kijut a családhoz, személyesen felveszi a kapcsolatot a gyermekjóléti szolgálattal, a nevelési-oktatási intézménnyel, s a szerzett információkat közvetíti a bizottság többi tagja felé. Ha a vizsgálat idején a gyermek családjában él, a pszichológus is találkozni tud a szülővel, mikor az bekíséri gyermekét a vizsgálatra.
- ◆ Fontosnak tartjuk, hogy a speciális igény szükségességét több szakember vizsgálja és mérlegeli, így az erre vonatkozó döntés is megalapozottabbá válik.
- ◆ A bizottságban az intézményi érdekektől, lehetőségektől viszonylag független szakmai tevékenység folyik.

A nehézségek közt említhetjük a következőket:

- ◆ Többnyire nem érkeznek meg a bizottsághoz a vizsgálatkérő megkeresések a gyámhivaltaltól; az előzményanyag szintén nem érkezik meg, ez további utánjárást igényel.
- ◆ A családok, gyermekek nem minden esetben együttműködők, ezért általában a családdal kapcsolatban álló segítő vagy hatósági személy segítségét kell kérnünk, azonban ez sem mindig eredményes. Előfordul, hogy ha a gyermek akarata ellenére kerül sor a vizsgálatra, nem engedi közel magához a szakembert, ellenállásait nem sikerül oldani.
- ◆ A több szakember munkáját koordinálni kell, a külső szakemberek egyéb elfoglaltságaik mellett kevésbé rugalmasak.
- ◆ A függetlenség az intézményi, hatósági érdekek nyomása mellett nehezen őrizhető. A függetlenséget ugyan mint pozitívumot említettük, fenntartása azonban nem mindig egyszerű. Tekintettel arra, hogy más tevékenységet is ellátunk a szakszolgálatnál, többnyire tisztában vagyunk a szakellátáson belüli helyzettel, lehetőségekkel. Problémát okoz tehát, hogy függetlenítsük a feladatvégzést, javaslatok megtételét az ismert körülményektől, a birtokunkban levő információktól.

- ◆ Talán legnehezebben azt a szituációt éljük meg, amikor a szakszolgálat által összehívott elhelyezési megbeszélésen a gondozási helyek nem akarják fogadni a gyermeket, mert az ellátás formájára tett bizottsági javaslattal nem értenek egyet (normál vagy speciális ellátási igény megítélése). Konkrétan a bizottság normál ellátásra tett javaslatával nem ért egyet a gyermekotthon, saját intézményi érdekeinek szem előtt tartása miatt.

Beszámoló a Veszprém Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság munkájáról

A Veszprém Megyei Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat a Gyvt. 66.§ (3) bekezdés f) pontja szerinti Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottságot 2003. július 1-től kezdődően működteti.

A szakértői bizottság felépítése:

- ◆ 1 fő vezető
- ◆ 1 fő szociális munkás – jelenleg GYES-en van, munkakörét a Szakértői Bizottság vezetője látja el erre az időre
- ◆ 1 fő gyermekpszichológus
- ◆ 1 fő gyermekorvos
- ◆ 1 fő gyermekpszichiáter
- ◆ 1 fő gyógypedagógus

A bizottság tagjai közül a vezető és a szociális munkás főállásban, a többi szakember megbízási szerződés alapján látja el a feladatot.

A szakértői bizottsági munka folyamata

A szakszolgálatnál a gyermek ideiglenes hatályú elhelyezését, átmeneti nevelésbe vételi eljárás megindítását követő gyámhivatali felkérés – gondozásihely-változtatás esetén a kérelem megérkezése – után a Szakértői Bizottság vezetője egyeztet az elhelyezési csoport tagjaival

(szakszolgálatunknál ez két fő pedagógus képesítésű munkatárs), majd kitűzi a gyermek bizottsági vizsgálatának időpontját. Az elhelyezési csoport tagjai kiküldik a meghívókat az érintetteknek. Amennyiben ideiglenes elhelyezés mellőzésével átmeneti nevelésbe vételi eljárás folyik, a szülő kap meghívót azzal, hogy a gyermekkel együtt jelenjen meg a vizsgálaton, továbbá a gyermekjóléti szolgálatot értesítjük a vizsgálat időpontjáról. Abban az esetben, amikor már szakellátásban levő gyermek vizsgálata történik, a gyám (nevelőszülő, lakásotthon vezetője, hivatásos gyám) kap meghívót a vizsgálatra, aki szintén a gyermekkel együtt kell hogy megjelenjen. A nevelőszülői tanácsadó értesítést kap a vizsgálat időpontjáról. A meghívókat a vizsgálatot megelőzően legalább egy héttel postai úton küldik ki az elhelyezési csoport munkatársai.

A gyermekek vizsgálatára minden hét csütörtöki napján kerül sor. A vizsgálatra a gyermekeket a meghívóknak megfelelően a szülők, illetve a gyámok, ritkán a gondozók kísérik el, melyhez legtöbb esetben az illetékes családgondozó is segítséget nyújt. A vizsgálatokat a Szakértői Bizottság tagjai külön-külön folytatják le, külön irodahelyiségben. Amennyiben a gyermek életkora szükségessé teszi, a gyám, szülő is jelen van a vizsgálaton.

A vizsgálat napján a Szakértői Bizottság tagjai megbeszélnek a gyermekkel kapcsolatos tapasztalataikat, közös megegyezésre jutnak a gyermek gondozási helyére vonatkozóan. Abban az esetben, ha az egyéni vizsgálatok alapján más-más vélemény alakul ki a Szakértői Bizottság tagjai között, akkor team-megbeszélés keretében igyekeznek konszenzusra jutni a közös javaslatra vonatkozóan, melyet a továbbiakban képviselnek. Ha még tisztázandó kérdések merülnek fel a gyermekkel kapcsolatban, akkor más szakemberekkel is konzultál a Szakértői Bizottság vezetője, pl. gyermekjóléti szolgálat családgondozójával, nevelőszülői tanácsadóval, intézmény pszichológusával, gyámi, gondozói tanácsadóval, iskola, óvoda munkatársaival, védőnővel, a települési jegyzővel stb.

A Szakértői Bizottság vezetője összesíti az egyes szakemberek javaslatait, és elkészíti a Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság szakvéleményét. A szakvéleményt a gyermek teljes iratanyagával együtt átadja az elhelyezési csoportnak, ezzel egy időben a Szakértői Bizottság vezetője az elhelyezési csoport tagjaival történő egyeztetés után kitűzi – a gyermek egyéni

elhelyezési tervének és elhelyezési javaslatának elkészítése érdekében – az elhelyezési értekezlet időpontját.

Az elhelyezési értekezletet az elhelyezési csoport tagjai vezetik, amelyen minden esetben részt vesz a Szakértői Bizottság vezetője is.

A bizottság által végzett vizsgálatok száma

2003. június 1-től december 31-ig összesen 96 gyermek vizsgálata történt meg. Ebből

- ideiglenes hatállyal elhelyezett gyermek vizsgálata: 60
- átmeneti nevelésbe vételi eljárás megindítását követően: 4
- gondozási hely megváltoztatása miatt: 13
- átmeneti nevelésbe vétel felülvizsgálata során: 2
- átmeneti nevelésbe vétel megszüntetésére irányuló kérelmet követően: 10
- speciális ellátás megállapítására irányuló: 7

2004. január 1-től szeptember 15-ig összesen 109 gyermek vizsgálatára került sor, melyből

- ideiglenes hatállyal elhelyezett gyermek vizsgálata: 32
- átmeneti nevelésbe vételi eljárás megindítását követően: 32
- tartós nevelésbe vételi eljárás megindítását követően: 4
- gondozási hely megváltoztatása miatt: 22
- átmeneti nevelésbe vétel felülvizsgálata során: 7
- átmeneti nevelésbe vétel megszüntetésére irányuló kérelmet követően: 7
- speciális ellátás megállapítására irányuló: 5

2004-ben megtörtént a nevelőszülői hálózatban, valamint a Sztehlo Gábor Általános Iskola és Diákotthonban különleges ellátást igénylő gyermekek Szakértői Bizottság általi vizsgálata (79 gyerek), melyet a 15/1998. NM rendelet 1. számú melléklet 2. rész 3. pontjában előírt 100 új vizsgálaton felül, külön díjazásért végeztek el a Szakértői Bizottság tagjai, kivéve a főállású

bizottságvezetőt.

A Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság tapasztalatai az elvégzett vizsgálatok alapján

A Szakértői Bizottság vezetője jó munkakapcsolatot alakított ki a megyében működő gyámhivatalokkal, gyermekjóléti szolgáltatókkal, a szakmai munka során együttműködik a települési gyámhatóságok képviselőivel, a rendőrhatalóság munkatársaival is. A gyermekek számára legmegfelelőbb ellátási forma megtalálása, illetve az arra vonatkozó javaslat megtétele érdekében több országos hatáskörű szervezettel, intézménnyel áll kapcsolatban.

A Szakszolgálat, valamint a Szakértői Bizottság munkáját megnehezíti, hogy tagjai a szociális munkás kivételével nem főállásban, hanem megbízási szerződés alapján dolgoznak, illetve hogy a Szakértői Bizottság vezetője jelenleg egyben a szociális munkás munkakört is betölti. Ezért, valamint a vizsgálatok magas száma miatt nehezen tartható a jogszabályban előírt azon határidő, mely szerint az elhelyezési javaslatot a megkereséstől számított 30 napon belül kell a gyámhivatal részére megküldeni. Több esetben problémát jelent, hogy a gyermekek gondozási helyének meghatározására irányuló vizsgálatokhoz nem áll rendelkezésre a gyermek alapellátásban keletkezett iratanyaga, és azt pótlólag kell bekérni a gyámhivataloktól, ami szintén hátráltatja a jogszabályban előírt határidő betartását.

A Szakértői Bizottság által elvégzett vizsgálatok tapasztalatai alapján elmondható, hogy a 2003. évi számadatokhoz képest 2004-ben ugyan nagymértékben csökkent az ideiglenes hatályú elhelyezések száma, azonban a gyámhatóságok az alapellátás hiányosságai miatt – átmeneti gondozás hiánya, nem a család-gyermek szükségleteinek, problémájának megfelelő gyermekjóléti szolgáltatás – több esetben továbbra is az ideiglenes hatályú elhelyezés eszközével élnek a családban előforduló problémák esetén.

Problémát jelent a Szakértői Bizottság számára, hogy a gyermekjóléti szolgáltatók által kitöltött „Gyermekeink védelmében” elnevezésű adatlapok nem nyújtanak kellő információt a családok, gyermekek körülményeiről, helyzetéről, több esetben az adatlapok hónapokkal korábbi helyzetet

rögzítenek. Tekintettel arra, hogy a Szakértői Bizottság vezetője egyben a szociális munkás is, leterheltsége miatt nincs lehetőség arra, hogy minden családnál a helyszínen szerezzon be pontos információkat. Emiatt a vizsgálat során szerzett tapasztalatokra és az iratokban található – nem mindig megfelelő – információkra hagyatkozva kénytelen javaslatot tenni a gyermek további sorsát illetően.

A Szakértői Bizottság működése óta eltelt időszakban többször előfordult, hogy szülők és gyermekek a Szakértői Bizottság vizsgálata során kaptak tájékoztatást arról, hogy milyen eljárás miatt történik a vizsgálat.

Tapasztalatunk szerint több esetben a család és a családgondozó közötti személyes konfliktus, s így az együttműködés hiánya vezetett ahhoz, hogy a családgondozó javaslatot tett gyermek szakellátásba kerülésére.

A Szakértői Bizottság a gyermek gondozási helyére vonatkozó javaslatát minden alkalommal a gyermek életkorának, szükségletének, személyiségének figyelembe vételével igyekszik megtenni, azonban a szakellátás megyei intézményrendszerének hiányosságai miatt több esetben nem megvalósítható a Szakértői Bizottság által javasolt elhelyezési forma.

Összegzés, ajánlás

A Szakértői Bizottság működése a kezdeti nehézségek ellenére véleményünk szerint egyre színvonalasabb, a gyámhivatalokkal való munkakapcsolat zökkenőmentesebbé, emberibbé és a gyermekek érdekét mindenkor szem előtt tartóvá vált. A Szakértői Bizottság munkájának minőségét emelné, ha a pszichológus főállásban végezhetné tevékenységét, ennek következtében lehetősége nyílna a leendő gondozási helyekkel történő azonnali és folyamatos konzultációra az elhelyezendő gyermek/ fiatal érdekében.

Eddigi tapasztalataink alapján egyre inkább szükségesnek látjuk, hogy a megye szakellátási rendszere rendelkezzen speciális szükségletű gyermekek ellátására alkalmas lakásotthonokkal,

ugyanis több olyan gyermek/fiatal van, akik speciális szükségletűek, de ezen igényük kielégítéséhez nincs szükség a minisztérium által fenntartott speciális gyermekotthoni elhelyezésre. A tárgyi feltételek hiányosságain túl a szakellátási rendszer korlátozott számban rendelkezik olyan szakemberekkel, akik a fent említett gyermekek/fiatalok szükségleteinek megfelelő, a Szakértői Bizottság által javasolt esetkezelést, terápiát folyamatosan tudnák biztosítani.

A megyei gyermekvédelem ellátórendszerében levő tárgyi és személyi hiányosságok a döntéshozók által kiküszöbölhetők, melynek eredményeként a gyermekekkel való közvetlen tevékenység színvonala emelkedne.

A Zala Megyei Gyermekvédelmi Szakértői Bizottság működése

A bizottság 2003 májusától működik. Háromszor történt váltás a pszichológus személyében, egyszer a gyermekorvos és a pszichiáter személyében, majd 2004 októberétől, miután a jogszabály módosult, a családgondozó személye is változott. Jelenleg a Zala Megyei Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat főállású dolgozója egy személyben látja el a bizottság vezetői és családgondozói funkcióit.

A vezetőn kívül valamennyi szakember megbízás alapján látja el feladatát, mivel a megyében a Szakszolgálat évek óta nem tud például főállású pszichológust alkalmazni.

A bizottságnak van Működési Szabályzata, amely megszabja a bizottság felépítését, feladatait, valamint azt, hogy miből tevődik össze a szakvélemény. Formailag a szakvélemény egy összesített javaslatot és annak indoklását tartalmazza, mellékéleteként pedig az egyes szakemberek szakvéleményét.

Szakmai kapcsolatok és munkamegosztás az intézményen belül

A bizottság vezetője a Szakszolgálat Elhelyezési Csoportjának munkatársaival áll a legintenzívebb kapcsolatban. Köztük a munkamegosztás úgy működik, hogy valamennyi új bekerülő gyermek, illetve gondozási hely megváltoztatásával érintett gyermek ügyében a csoporton belül van egy „esetgazda”, akinek feladata az előzmények feltérképezése, ennek keretében például a családok meglátogatása. Ezen a bizottság vezetője is részt vesz családgondozóként, majd a vizsgálatokat megelőzően az előzményi iratanyagot kézhez kapja. A csoport munkatársai és a bizottság vezetője között folyamatos konzultáció zajlik, így a bizottság vezetője naprakész információkkal rendelkezik egy-egy ügyben. A Bizottság vezetőjeként részt vesz az elhelyezési értekezleteken, és képviseli a bizottság javaslatát. Emellett a normatíva-igénylés kapcsán folyamatosan információt szolgáltat a gazdasági iroda felé.

A speciális szükségletű gyermekek ügyében az Országos Gyermekvédelmi Szakértői Bizottsággal folyamatos kapcsolatban áll a bizottság vezetője, a vizsgálatokat megelőzően megküldi a gyermekek iratanyagát, illetve a vizsgálatok időpontjáról és eredményéről értesíti az érintetteket. Mivel Zala megyében nem működik speciális gyermekotthon, minden egyes esetben kérnünk kell az Országos Bizottságtól a gyermek vizsgálatát. Eddigi tapasztalataink alapján nagyon hosszú idő telik el a vizsgálat kérése és a vizsgálat megtörténte, valamint ezt követően a vizsgálati eredmény és javaslat kézhez vétele között, ami nem szolgálja az érintett gyermekek érdekét, helyzetük, állapotuk ezen időszak alatt súlyosan romolhat, emellett lehetetlenné teszi azt a fajta tervezést, ami biztonságot adna mind a gyermekeknek, mind a szakembereknek.

A bizottság által végzett vizsgálatok száma

2003. május 27. - 2003. december 31. között 121

2004. január 1.- 2004. szeptember 14. között 147 vizsgálat zajlott.

2004. évben [a beszámoló készítésének éve] a szakmai rendeletben előírthoz képest a bizottság jóval magasabb számú vizsgálatot fog elvégezni. Mindez fokozott leterheltséget okoz, valamint megnehezíti a határidők betartását.

Emellett a bizottság nem rendelkezik a működéséhez szükséges feltételekkel, így nincs saját irodája, vizsgáló helyiségei, technikai eszközei, valamint a vizsgálatok elvégzéséhez szükséges diagnosztikai eszközei.

Összegzés

Valamennyi ismertetett beszámolóból kitűnik a következő néhány probléma:

- ◆ nem elégségesek a személyi-tárgyi feltételek;
- ◆ a bizottságok szakmai függetlensége ennek megfelelően nem biztosítható teljes mértékben;
- ◆ nem megfelelő a módszertani támogatás;
- ◆ az együttműködés akadozik, és ebből fakad az információhiány;
- ◆ a gondozási helyek korlátozott és hiányos (elsősorban speciális elhelyezés esetén) volta;
- ◆ együttműködési nehézségek az Országos Gyermekvédelmi Szakértői Bizottsággal.

Minderre a bizottságok tapasztalatai nem tudnak megoldást kínálni, de a problémák bemutatásával már elkezdődhet a szakmai párbeszéd, s ez, akár csak a módszertani tevékenység intenzívebbé válása, elősegítheti az orvoslás módjainak keresését. Reményeink szerint a felvetett gondok más megyék szakértői bizottságaiban dolgozó szakembereket is arra indítanak, hogy a megoldás útját keresve hasonló tanulmányokban megjelenítsék tapasztalataikat, és így ennek eredményeként a hiányolt egységes metodika is elkészülhet.

RÁCZ JÓZSEF

Iskolai drogprevenációs programok eredményessége

Az iskolai drogprevenációs programok eredményességének és hatékonyságának mérése külön szakterületnek számít. A tét nagy, hiszen a fejlett országokban sok pénzt és energiát áldoznak ilyen programokra, és tudni szeretnék, van-e ennek értelme. A kérdés persze úgy is felvetődik, ezeket a pénzeket és energiákat nem lenne-e célszerűbb iskolai prevenció helyett a drogokkal már kapcsolatba került fiatalok segítésére fordítani. Míg sokan evidenciaként fogadják el, hogy a prevenció jó és hasznos dolog, ugyancsak sokan megkérdőjelezik az iskolai prevenció, különösen az általános prevenció hatékonyságát. A szakirodalom ezt a „zavarodottságot” visszatükrözi, hiszen számos eredménytelen programmal találkozunk, illetve kevés olyan programmal, melyeknek a hatékonyságát meggyőző módon bizonyították. Ahhoz, hogy egy program hatása meggyőző legyen, több szintéren, több alkalommal, szigorúan ellenőrzött körülmények között (megfelelő mintaválasztás és mintanagyság, kontroll csoport, statisztikai módszerek) kell elvégezni a hatékonyság-vizsgálatot, és ennek eredményét színvonalas szakmai folyóiratban kell publikálni, általában nem is egy, hanem több kutatócsoportnak. A szakirodalomban – a nagyszámú közlés ellenére – valójában kevés olyan publikáció lát napvilágot, mely ezeknek a szigorú követelményeknek megfelel. Az utóbbi években szokás „bizonyítékokon alapuló” (evidence-based) módszerekről beszélni, elsősorban az orvostudomány területén. Talán nem véletlen, hogy a drogprevenáció területén jórészt csak általános ajánlásokat lehet megfogalmazni, melyek bizonyítékokon alapulnak, és alig van olyan konkrét módszer, mely ennek a szigorú feltételnek eleget tenne. Ez persze nem jelenti azt, hogy a módszerek nem hatékonyak, csak azt, hogy hatékonyságukat még nem sikerült a kísérletes orvostudományban megszokott szigorú módszerekkel bizonyítani.

A szakirodalomban az iskolai drogprevenáció eredményességével kapcsolatos kutatásokat illetően az Egyesült Államokban végzett kutatások vezetnek. Ezek közül is kiemelkednek mind számukat, mind minőségüket tekintve az amerikai Nemzeti Drogabúzus Intézet (National Institute on Drug Abuse, NIDA) által támogatott vagy kezdeményezett vizsgálatok. A NIDA a világ legnagyobb drogkutató, illetve kutatásokat támogató intézete, a világ ilyen

irányú kutatásainak mintegy 80%-át ők végzik, illetve támogatják. Összeállításomban is nagy szerepet kapnak ezek a kutatások.

Az Európai Unióban történnek természetesen hatékonyságvizsgálatok a drogprevencióval kapcsolatban, de ezeknek olyan rendszere, mint az Egyesült Államokban, még nem alakult ki. Az Európai Drogokkal és Drogaddikcióval foglalkozó Monitorozási Központ (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) igyekszik összefogni ezeket a kutatásokat, elsősorban kutatás-módszertani konferenciák és kiadványok segítségével. Ők szervezik az EDDRA projektet, melynek keretében drogprevencióval végzett kutatásokat gyűjtenek össze és tesznek elérhetővé az interneten. Az EDDRA-ra még visszatérek, megjegyzem azonban, hogy ide tulajdonképpen bármely projekt felkerülhet, tehát ez a kutatások minőségéről keveset árul el.

Irányzatok a drogprevencióban és az eredményesség kérdése

A következőkben Botvin, Botvin és Ruchlin (1998) összegzése alapján mutatom be az egyes lényeges drogprevenációs irányzatokat, a mögöttük meghúzódó teoretikus feltevéseket és a fontosabb vizsgálatok tapasztalatait. Botvinék összegző tanulmányát is a NIDA támogatta.

Információnyújtó programok

A legtöbb iskolai drogprevenációs programnak egyetlen fókusza és célja van: információkat szolgáltatni a drogokról és azok veszélyes következményeiről. Sokszor ténybeli információkat közölnek, máskor ezt félelemkeltő stratégiákkal egészítik ki. A programok hátterében legtöbbször az a megközelítés áll, hogy ha a serdülők megfelelő információkkal rendelkeznek a drogokról, akkor úgy döntenek, hogy nem használják azokat. Az ezen a megközelítésen alapuló programok nem hatékonyak. A serdülők nem pusztán racionális alapon döntenek (hogy használnak drogokat vagy nem), nem érdekli őket a drogok farmakológiai hatása – vagy még inkább a kíváncsiságukat kelti fel. Az pedig, hogy valaki miért használ drogokat, szintén a droghasználatról, és nem a nem-használatról szól. A programok megbízhatóságát úgy próbálták javítani, hogy külső szakértőket vontak be: orvosokat, rendőröket, jogászokat, vagy akár volt droghasználókat, akik „hiteles”, gyakorlati információkkal tudnak szolgálni. Az elvégzett kutatások és metaanalízisek azonban arra utalnak, hogy ezek az erőfeszítések nem javították a programok hatékonyságát, az megmarad a zéró közelében. Ez annak ellenére így történt, hogy a programok hatására esetleg növekedett a fiatalok tudása a drogokról és azok negatív következményeiről, esetleg még az attitűdjük is megváltozott velük kapcsolatban – jobban elutasították azokat. De mindezek a változások a viselkedésben nem nyilvánultak meg.

Érzelmi nevelés/fejlesztés felőli megközelítések

Az 1970-es években – éppen az információalapú programok eredménytelensége láttán – változások következtek be az iskolai drogprevenációban. A változás lényege, hogy a drogokról a hangsúly a fiatalok pszichoszociális igényeire tevődött át. A mögöttes elképzelés az volt, hogy a fiatalok bizonyos jellemzőkkel rendelkeznek, melyek a droghasználat tekintetében veszélyeztetetté teszi őket. A megoldás az érzelmi nevelés, fejlesztés. Ez az irányzat az egyéni és a szociális fejlődést állította előtérbe, melynek eredményeképp a fiatalok legyőzhetik a

drogok iránti igényüket, illetve ki- vagy továbbfejleszthetnek olyan készségeket, tulajdonságokat, melyek megtartják őket a drogmentes életvitelben. Ilyen pl. a magas fokú önértékelés, a belátás képessége, az asszertivitás. Az igényes elméleti háttér ellenére a programok a gyakorlatban nem működtek, pontosabban ha a várt pszichoszociális hatások be is következtek, a droghasználatra gyakorolt hatásuk csekély vagy nulla volt. Az eredménytelenséget többek között olyan okokkal magyarázták, hogy túl hangsúlyosak voltak az osztálytermi „általános” foglalkozások, amiket sokszor nem megfelelő képzettségű szakember tartott. A szakemberek képzése külön problémát jelentett, hiszen esetenként a csoportpszichológiában jártas programvezetőket igényeltek a programok; néhány száz órás foglalkozásokat, hiszen pozitív csoportatmoszférának kellett kialakulnia, ami aztán facilitálta (volna) a változásokat. Tehát a programok nemcsak eredménytelenek, de költségesek is voltak.

Társas hatás felőli megközelítések

Ezeket a programokat szintén az előzők eredménytelensége hívta életre. Kifejlesztésükben nagyobb szerepet kapott a szociálpszichológia: a feltevés szerint a serdülőkori droghasználat kialakulásában döntő szerepe van a társas – elsősorban a kortárs és a média – hatásoknak. Ennek megfelelően a prevenció egyfajta „beoltás”, immunizálás e hatásokkal szemben, másrészt az ellenállási készségek fejlesztése és a normatív elvárások (tehát az, hogy „mindenki drogozik”, vagy hogy „a fiatalok többsége drogozik”) megváltoztatása. Az első időben inkább az „immunizáláson” volt a hangsúly, majd pedig az ellenállási készségek fejlesztésén.

Az „immunizálás” azon alapult, hogy a fiatalok úgymint találkoznak majd dohányzásra felhívó reklámokkal, tehát már korán mintegy immunizálni kell őket ezekkel szemben, hogy később ne reagáljanak az ilyen felszólító ingerekre. Ez a gyakorlatban azt jelentette, hogy pl. „gyengített” formában mutattak nekik cigarettareklámokat, amelyeket kielemeztek (hol vezetnek félre, hol manipulálnak). Más esetekben arra készítették fel a fiatalokat, mit tegyenek, ha cigarettával vagy éppen kábítószerrel kínálják őket: legyen a helyzetről és az adandó válaszokról előzetes elképzelésük. A hangsúly itt inkább a kognitív tényezőkön van, s nem annyira azon, mit *csináljanak* egy ilyen helyzetben.

A normatív elvárások korrigálására az említett okok miatt volt szükség; a fiatalok között gyakori az a „téves konszenzus”, hogy mindenki cigarettázik, vagy hogy kortársaik többsége kipróbálta már a kábítószerket. Megfelelő statisztikák bemutatásával bizonyítani lehet, hogy ez nem igaz. Az ellenállási készségek fejlesztése pedig a média és a kortárs hatások kivédésére irányul. Ezek valójában az asszertív készségek közé tartoznak; hogyan tudja felismerni egy fiatal, hogy manipulálni, befolyásolni akarják egy általa nem kívánt irányba, és mit tud tenni ennek elkerülése vagy kivédése érdekében. Például mit mondjon, milyen hangsúllyal, milyen testtartással stb., hogy a visszautasítás hiteles, meggyőző és eredményes legyen.

Az eredményességvizsgálatok szerint, melyek elsősorban a cigarettázásra terjedtek ki, a programok hatékonyak. Egyes vizsgálatokban a dohányzás 30-50%-kal csökkent a kontrollcsoporttal összehasonlítva (ahol nem történt prevenció). Az új dohányosok megjelenése is 30-40%-kal csökkent. A követéses vizsgálatok tanúsága szerint az eredmények még 3 év után is megfigyelhetők voltak. A hosszabb követéses vizsgálatok azonban arról árulkodtak, hogy a hatás idővel „kimosódik” a prevencióban részt vett populáció tagjaiból. Bizonytalanságot hagytak a vizsgálatok abban a tekintetben is, hogy a program melyik része hat igazából. Az sem derült ki, hogy pontosan milyen hosszúnak vagy milyen struktúrájának kell lenni egy programnak, hány éves korban a legjobb végezni, mikor van szükség egy „követő”, felelevenítő foglalkozásra. Végül, a legtöbb vizsgálat kortárs segítők részvételével zajlott, de arról nincs elegendő információ, hogy vajon a kortárs segítők tényleg eredményesebbek-e, mint a felnőtt szakemberek.

Integrált szociális hatást/kompetenciát növelő megközelítések

E megközelítések teoretikus háttérében olyan kutatási tapasztalatok húzódnak meg, melyek szerint a fiatalok azért kezdenek legális vagy illegális drogokat használni, mert ebben az irányban befolyásolják őket (kortársaik vagy a média), illetve hiányoznak azok a készségeik, melyekkel ellent tudnának állni a droghasználatnak. Ezek az átfogó, komprehenzív megközelítések egyesítik a korábbiak előnyeit, de nagyobb hangsúlyt fektetnek a készségfejlesztésre, illetve az intraperszonális kompetencia fejlesztésére. Felteszik továbbá, hogy a droghasználat kialakulása nem egyetlen tényező függvénye, és fordítva, a személyiségfejlődésben szerepet játszó tényezők segítségével nemcsak a droghasználat terén

érhetünk el kedvező eredményeket. A kutatások szerint az átfogó, a nem egy-egy tényezőt megcélzó prevenciós programok az igazán hatékonyak. Tehát az általános és a specifikus személyes és társas készségeket kell fejleszteni, és ez a fejlesztés nem pusztán emocionális-kognitív, hanem gyakorlati tréning-elemekből épül fel.

A konkrét elméleti háttér a szociálistanulás-elmélete (Bandura, 1977), valamint a probléma-viselkedések kutatása (Jessor és Jessor, 1977) jelentette. A droghasználat ezek szerint tanult viselkedés, ami valamilyen adaptív cél teljesítése érdekében történik. Kialakulásában és fennmaradásában jelentős szerepük van a környezeti megerősítő és hátráltató ingereknek, valamint a serdülő hiedelmeinek (beliefs). A fő különbség az előző megközelítésekkel szemben azonban leginkább a prevenciós program kivitelezésében, felépítésében mutatkozik meg: kiemelt hangsúlyt kapnak az olyan technikák, mint a dramatikus elemek, helyzet- és szerepgyakorlatok, a visszajelzés, az ismétlés, a próbálkozás, az osztályon kívüli gyakorlás (pl. viselkedéses házi feladatok formájában), a problémamegoldó és döntéshozó készségek fejlesztése, az önértékelés fejlesztése, a stresszel való megbirkózást elősegítő technikák gyakorlása, a kommunikációs és társas készségek fejlesztése (hogyan lehet pozitív és negatív érzéseket kifejezni, hogyan lehet ismerkedni és barátkozni). Sok olyan gyakorlati elemet tartalmaznak ezek a programok, melyek segítenek a serdülőknek abban, hogy a mindennapi életben felmerülő problémákkal megküzdjenek.

Láthatjuk, hogy az irányzat fókuszában tulajdonképpen nem is a drog, vagy a droggal kapcsolatos viselkedések állnak. Az irányzat művelői feltételezik, hogy ha a serdülő segítséget kap mindennapi problémái megoldásához, megtanulja ezeket a technikákat, akkor nem fog drogokhoz nyúlni. Ezért speciálisan a drogokkal csak jóval kisebb óraszámokban kell foglalkozni, mint az előző irányzatok esetében.

Az irányzattal kapcsolatos kutatások zöme 13-17 éves fiatalokkal, általában a középiskolai korosztályhoz tartozó diákokkal készült, és zömük 40-80%-os droghasználat-csökkenést demonstrált. A legkomolyabb kritika ezekkel a látványos eredményekkel kapcsolatban az, hogy általában a kísérletező, kipróbáló, alkalmi jellegű droghasználat csökkent. Egyes vizsgálatok szerint a programok – melyek „felelevenítő”, ismétlő alkalmakat is tartalmaztak – a dohányzók számát (a dohányzást elkezdők száma) akár 87%-kal is csökkentették a kontrollcsoporthoz képest (ahol nem történt prevenció). Vannak olyan vizsgálatok is, melyek a rendszeres cigarettázók számának csökkenéséről számolnak be a program egyéves

alkalmazását követően (Botvin és mtsai, 1983). Ugyanez a kutatócsoport a prevenció program jelentős hatását még hat évvel a beavatkozás után is ki tudta mutatni. Az Egyesült Államokban komoly problémát jelent a kisebbségi csoportok gyerekeinek (akár legális, akár illegális) droghasználata. Bár ezekkel a csoportokkal kapcsolatban kevesebb vizsgálat készült, az átfogó megközelítés esetükben is eredményesnek bizonyult.

Átfogó egészségfejlesztő programok

Az Egészségügyi Világszervezet 1986-os Ottawai Kartája fontos kiindulópontokat fogalmaz meg az egészségfejlesztés tekintetében. Az egészségfejlesztés „jó gyakorlat”- tapasztalatainak terjesztésére szólít fel ugyancsak az Egészségügyi Világszervezet 1997-es Jakartai Nyilatkozata. Ezek a dokumentumok – egyebek mellett – a tapasztalatcserén alapuló egymástól való tanulás segítségével az értékelés nemzetközi kultúrájának kialakulásához is hozzájárulhatnak.

Egészségfejlesztés (health promotion) - holisztikus egészség

Az életstílust (és a viselkedést) befolyásolják

1. *predisponáló tényezők*: a személy vagy az adott populáció tudása, attitűdje, hiedelemrendszere, értékei;
2. *lehetővé tevő tényezők* (enabling): készségek, erőforrások hozzáférhetősége, szolgáltatások elérhetősége, szabályok, törvények, készségek;
3. *megerősítő tényezők*: a viselkedésváltozással kapcsolatos jutalmak, megerősítő tényezők – fontos személyek (szülők, kortársak stb.) attitűdje és viselkedése az egyénnel szemben.

Az irányzattal kapcsolatos, megbízható eredményességi mutatók még váratnak magukra. A megközelítés előnye, hogy nem csupán egy kockázati magatartással (nevezetesen a droghasználattal) foglalkozik, hanem egy sor más, nemkívánatos vagy nem egészséges magatartással is (mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás stb.). Az irányzatot az „egészségfejlesztő” kifejezéssel szokták illetni; itt most a drogprevenció hatásukat emelem ki.

Tobler vizsgálatai

A serdülőkorú drogprevenációs programok legnagyobb hatékonyságvizsgálatát Tobler (1986, 1997) végezte el, aki 143 programot a metaanalízis matematikai módszerével hasonlított össze. (Ez azt jelenti, hogy a szerző a hatékonysági, "kimeneti" adatokat – melyek valamilyen kontrollcsoporttal történő összehasonlításból származtak – nem külön-külön nézte meg az egyes programokra vonatkozóan, hanem a 143 programból *egy* közös statisztikai mezőt hozott létre, és azon *belül* vizsgálta az egyes programok hatékonyságát.)

Tobler első vizsgálata

Első vizsgálatában Tobler a 143 programot öt alapvető modalitásra bontotta fel.

1. *Tudásátadás*: a feltételezés szerint a tudás (azaz a drogokkal kapcsolatos jogi, biológiai és pszichológiai információ) növelése a drogokkal szemben negatív attitűdöt alakít ki, mely a drogfogyasztás csökkenéséhez vezet. A programok főbb módszerei, a tanárok előadása drogoktól, az osztályban folyó csoportos megbeszélés, elrettentő előadások.

2. *Érzelmi nevelés*: elsősorban veszélyeztetett csoportokkal kapcsolatban alkalmazzák. A cél az önértékelés, az önbizalom kiépítése és növelése, eszközei az érzések és értékek "tisztázása", csoportos megbeszélése, elfogadó, empátiaszociálpszichológiai légkör kialakítása az osztályban, illetve az iskolában. (A módszerek közvetlenül nem foglalkoznak a drogokkal.)

3. *Kortárs programok*: a feltételezés szerint a kortársak "csoportnyomása" alapvetően befolyásolja a drogos - nem drogos viselkedést. A cél a pozitív kortárs hatások kialakulásának elősegítése, módszerei a kortársközpontú nevelés, kortárs tanácsadás, kortárs segítség, a kortársak részvételének bátorítása a prevenációs programokban.

a) *Visszautasítási technikák*: ezek a programok a "kínálásra nemet mondani" technikáját tanítják meg, csoportos asszertív tréningekkel, kortárs szerepmoделlek felhasználásával, esetleg speciális viselkedés-együttesekre vonatkozóan, például az ivás+vezetésre.

b) *Szociális készségek*: a feltételezés szerint az interperszonális készségek hiánya az egyéni kompetenciaérzésen keresztül hozzájárul a drogfogyasztás kialakulásához. A cél tehát e készségek, illetve a kompetencia fejlesztése. Az ilyen programok módszerei: kommunikációs készségek fejlesztése, asszertivitás-növelés, a szociális visszacsatolás és szociális modellek felhasználása, illetve a kompetenciafejlesztés területén a pozitív önértékelés, pozitív érzések,

az önfogadás kialakítása, szorongáscsökkentés, a stresszhelyzetekkel történő megküzdés (coping) elősegítése.

4. *Tudásátadás és érzelmi nevelés:* a feltételezés szerint az értékek és attitűdök megváltozása az egyén szükségleteinek figyelembevételén át a döntéshozás átalakulásához, így a drogfogyasztási szokások módosulásához vezet. Az ilyen programok módszerei az önfogadás javítása, érték tisztázás, a problémamegoldó készségek javítása. A súlypont az egyének döntéshozatali folyamatain van.

5. *Alternatívák*

a) *Tevékenységek:* a feltételezés szerint a pozitív tevékenységek lehetősége nagyobb vonzerőt jelent, mint a drogozás. A módszerek között ifjúsági központok munkájába, önkéntes tevékenységekbe történő bevonódás, érdekes foglalkozások választása szerepelnek.

b) *Kompetencia:* a feltételezés szerint a mindennapi életvitelt lehetővé tevő, alapvető készségek hiánya alacsony önértékeléshez és kevés élettapasztalathoz vezet, ezek pedig elősegítik a drogozás kialakulását. A hiánypótlás pl. olvasás- és írástanítást, egyes foglalkozási-szakmai készségek elsajátítását, kalandos tevékenységek (pl. hegymászás, barlangászás) bátorítását jelenti.

Tobler az egyes prevenciós programok *eredményességét* öt változó mentén vizsgálta. Ezek a következők:

1. A drogokkal kapcsolatos tudás,
2. attitűdök a drogokkal kapcsolatban; a drogokkal kapcsolatos értékek is ide tartoznak,
3. a használat jellemzői (az alkoholtól kezdve az illegális drogokig),
4. készségek az önértékelésre, az aszertivitásra, illetve a problémahelyzetekkel kapcsolatos döntéshozatalra (pl. nemet mondani a kínálásra) vonatkozóan.
5. viselkedés: a) közvetlen információk, a tanároktól, a szülőktől, a rendőrségtől, illetve kezelőintézményektől származó információk alapján, b) indirekt információk: osztályzatok, iskolai előmenetel, hiányzások. Ezek a drogfogyasztással korrelálnak (bár a kapcsolat közvetettsége miatt ez nehezen vizsgálható).

Tobler összegzése szerint a 143 serdülőkorú prevenciós program hatékonysága az előbbieken felsorolt eredményességi ("kimeneti") mutatók alapján 30 százalékos. A legeredményesebb (és egyben a leghatékonyabb) programtípusnak a *kortárs programok* bizonyultak (44 százalékos hatékonyság). Ezek ún. alacsony intenzitású programok, azaz többségük 1-9 órás volt, illetve a

programok hatásukat az első 1-9 óra alatt fejtették ki. (A leghosszabb programok a 40 órát is meghaladták)

Az eredmények alapján Tobler az iskolai prevenciós programok számára a kortársközponitú megközelítés bevonását javasolja.

Tobler (1986) az *alternatív* programokat is eredményesnek találta veszélyeztetett fiatalokkal – mint speciális célcsoportokkal – kapcsolatban. Ezek azonban hosszú és költséges programok, így csak szűk körben használhatók.

Tobler második vizsgálata

Tobler második vizsgálata (1997) az elsőhöz hasonló módszertannal készült: szaklapokban megjelent eredményesség-vizsgálatok metaanalízisével. Az első vizsgálattal szemben itt szigorúbb kritériumokat használt, és vizsgálatait a korábbihoz képest újabb kutatásokra is kiterjesztette. A második vizsgálat eredményei eltérnek az első vizsgálatétól, noha közvetlen ellentmondások a két vizsgálat eredményei között nincsenek. Azonban a második vizsgálat kiindulása más volt, és a kapott adatok is más értelmezést kívántak.

Tobler ebben a vizsgálatában a programok tartalmát és kivitelezését elkülönítetten vizsgálta. Az előbbi lényegesen nem különbözött sem az első vizsgálatától, sem pedig a szokásos szakirodalmi osztályozástól (lásd az előzőekben!).

Tartalom

- Tudás
- Érzelmek (attitűdök)
- Visszaütasítási készségek
- Általános készségek
- Biztonsági készségek
- Iskolán kívüli tevékenységek
- Egyéb

A második vizsgálat igazi újdonsága a programok kivitelezésének, a tantermi „megvalósulásnak” a kutatása volt. Itt a szerző megfigyelési jegyzőkönyveket, naplót használt fel, jelenleg is futó programoknál pedig munkatársaival megfigyeléseket is végzett. A „kivitelezés” szempontjából a csoportfolyamatokat, pontosabban az interakciók jelenlétét tartotta megkülönböztetetten fontosnak: tanár-diák, diák-diák interakciók. Ezek előfordulása és iránya (valamint néhány egyéb tényező) alapján négy típusba sorolta a programokat. A két szélsőség az „A” és a „D” típusú program volt. Az „A” frontális előadásnak felelt meg: a tanár előadást tart, aminek a végén a diákok esetleg kérdezhetnek, a tanár pedig válaszol. Az interakció iránya egyértelmű és egyirányú: a tanártól a diákig vezet. (A típus egyéb jellemzőit a következőkben tüntettem fel.) A másik szélsőség a „D” típus volt; itt a tanár inkább mint a csoportfolyamatok facilitátora vett részt; a diákok egymással beszélgettek, dramatikus feladatokat végeztek, visszajelzéseket adtak egymásnak. A foglalkozások tematikája ugyan meghatározott volt, de a diákok igényei, a csoportfolyamatok alakulása függvényében ettől el lehetett térni. A „B” és a „C” típus e kettő között helyezkedett el, ezeket most nem jellemzem. (Tobler később a típusokat egyébként is összevonta, és nem interaktív [„A”, „B”], ill. interaktív [„C”, „D”] főtypusokat különböztetett meg.)

Csoportfolyamatok

- "A" típusú programok – nincs interakció a tanár-diák, diák-diák kapcsolatban (pl. előadás)
 - Cél: a tudás/információ növelése
 - Intrapersonális kompetencia
 - Vezető: „tanár”
 - Fókusz: az egyén
 - Strukturált csoport, passzív résztvevő diákok
 - Homogén csoport
 - Kapcsolódás: nincs
 - Kommunikáció iránya: tanár → diák

("B" és "C" típusú programok - ezek bemutatásától itt eltekintünk)

- "D" típusú programok - az osztály mint csoport (csoportos megbeszélés, szerepjáték stb.)

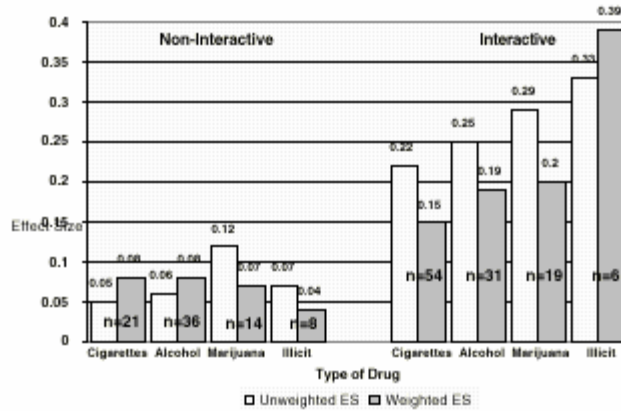
- Cél: az inter- és az intraperszonális fejlődés
- Interperszonális kompetencia
- Vezető: tanár mint facilitátor, szerepmodell
- Fókusz: az egyén és a csoport (az egyén fejlesztése a csoport-tapasztalatokon keresztül)
- Strukturált, de nyitott csoport, aktív résztvevő diákok
- Heterogén csoport (egyéni képességek, készségek függvénye a haladás)
- Kapcsolódás: közös célok a csoporttagok között, szerződéskötés (átvitt értelemben)
- Kommunikáció iránya: csoporttag → csoporttag, saját élmények megjelenése

Tobler e második vizsgálata azzal a meglepő eredménnyel zárult, hogy a programok tartalma nem befolyásolja azok eredményességét. Az eredményességet itt a különböző drogok prevalenciájában bekövetkező változás jelenti a kontrollcsoporthoz viszonyítva. Ami az eredményességet befolyásolta, az a program kivitelezése volt, tehát az a mód, hogy interaktív vagy nem interaktív formában került megrendezésre a prevenció foglalkozás. Az eredményesség a következőképpen alakult:

Csoportfolyamatok:

- nem interaktív („A”, „B”): nulla vagy közel nulla
- interaktív („C”, „D”): jó eredményesség (15-40%-os hatáserősség)

Ezt szemlélteti a következő ábra is, ahol a bal oldalon az eredménytelen nem interaktív programokat látjuk, míg a jobb oldalon a magasabb oszlopok az interaktív programok szignifikáns és jelentős eredményességét mutatják. Az egyes oszlopok különböző, legális és illegális drogokra vonatkoznak (a súlyozás = világos és sötét oszlopok értelmezésétől most eltekintek).



Tobler (1977) vizsgálatának eredménye; magyarázat a szövegben

A RAND Corporation vizsgálata

A RAND Corporation politikatudományi, független civil szervezet, melynek kutatásaira az USA-ban széles körben hivatkoznak. Ez vonatkozik az iskolai drogprevenációs programokkal foglalkozó kutatására is (Caulkins és mtsai, 1999). Bár a kutatás elsősorban e programok költséghatékonyságával foglalkozik a szakirodalom feldolgozása alapján, következtetéseket von le az eredményesség vonatkozásában is. A vizsgálat egyetlen drog használatának prevenció általi vélelmezett csökkenésére irányult. Ez a drog az Egyesült Államokban a legtöbb problémát okozó kokain volt.

A kérdésfelvetés tehát úgy szól, vajon a prevenció programok csökkentik-e rövidebb vagy hosszabb távon a kokainhasználatot. (A továbbiakban azt vizsgálták, hogy a prevenció mennyibe kerül, s hogy más módszerek, pl. a rendőrségi akciók hatékonyabbak, illetve olcsóbbak-e; ezzel a kérdéskörrel azonban jelenleg nem foglalkozom.) A kokainhasználat becsléséhez a marihuánahasználat adataira is támaszkodnak. Szakirodalmi tapasztalataik szerint az iskolai drogprevenációs programok 5 – 17%-os sávban csökkentik a marihuánahasználatot – azt azonban nem tudjuk, hogy a marihuánahasználat késleltetéséről van szó, vagy pedig az eredmények hosszú távúak, és élethosszig tartó alacsonyabb mértékű használatról beszélhetünk a prevencióban részt vett csoportok körében. Mint láttuk, ez a kérdés más programok hosszú távú eredményesség-vizsgálatánál is felmerül.

A következőkben matematikai becslések segítségével – figyelembe véve a marihuána- és a kokainhasználat együttjárását és más tényezőket – az iskolai programok eredményességét úgy adják meg, hogy hány gramm kokaint *nem* fog elfogyasztani a prevencióban részt vevő diák. Ennek az első pillantásra furcsa megközelítésnek az az oka, hogy utóbb ebből számolják tovább a költségtényezőket.

Három típusú programot különítenek el: az alacsony, a közepes és a magas hatékonyságút, s ennek megfelelően az a kokainmennyiség, amit a diákok nem fogyasztanak el, a következőképpen alakul:

Alacsony hatékonyságú program	Közepes hatékonyságú program	Magas hatékonyságú program
1,01 g	3,77 g	8,82 g

A RAND vizsgálataiból is az derül ki, hogy a prevenció programok hatékonyak, noha ez a hatékonyság elég széles sávban mozog.

Egyéb vizsgálatok

Sexter és mtsai (1984) egy eredményesség-vizsgálatban többféle iskolai prevenció módszert hasonlítottak össze. Az összehasonlítás középpontjában maguk a konkrét módszerek, s nem annyira absztrakt modalitások álltak.

A szerzők öt típusú prevenció tevékenység összehasonlítását végezték el. Ezek a következők voltak:

1. *Tanácsadás*: információ- és alternatíva-szolgáltatás a drogokkal kapcsolatban. A cél a tanulók önmegvalósításának javítása.

2. *Szülői hatékonyságnövelés*: a szülőket megtanítják arra, hogy képesek legyenek odafigyelni gyerekeikre - vagy más gyerekekre -, és tudjanak tanácsot adni nekik. Ezzel a szülők nevelési készségeit javítják.

3. *Kortárs csoport*: a kortárs csoportot három témakörben használják fel: az érzelmek közös megbeszélésében, átélésében, a problémamegoldás folyamatában és a kockázatvállalásban. A cél az, hogy a tanulók megtapasztalják kortársaik lelki támogatását.

4. *Hálózat*: ez részben egyfajta "pajtás-rendszert", azaz egy idősebb mentor kortárral való barátkozást jelent, aki a tanulót segíti, részben pedig csoportos problémamegbeszéléseket. A tanulók így jobban ráláthatnak problémáikra és a "pajtás" segítheti őket ezek megoldásában.

5. *Humanisztikus nevelés*: értéktisztázást és rendszerezést, véleményformálást és döntéshozatalt jelent, illetve a módszer mindezek jobbítását célozza meg. A cél a tanulók önismeretének és önértékelésének növelése, illetve javítása.

Az adatok (a prevenciót megelőző és azt követő drogfogyasztásra vonatkozó adatok összevetése) szerint a szülői hatékonyságnövelés és a kortárcsoport-modellek a kontrollcsoporthoz képest jobb eredményt produkáltak az alkoholfogyasztásban. A tanácsadás- és a hálózatmodellek eredményei nem különböztek a kontrolltól (ahol nem volt prevenció), míg a humanisztikus nevelés a kontrollnál rosszabb eredményt hozott.

A kortárcsoport-modell volt az, mely az egyéb drogok terén is (ideértve a szerves oldószereket, a marihuánát) jobb eredményt adott a kontrollcsoporthoz képest. A kortárcsoport-modellen belül különösen két tevékenység volt eredményes: amikor a diákok egyéni beszélgetésen vehettek részt a prevenció team tagjaival, illetve az ún. "pajtás-rendszerben", amikor minden tanuló egy idősebb segítő kortársával beszélhette meg a problémáit.

Rhodes és Jason (1988) a szociális készségfejlesztés és a közösségi akciók szempontjából foglalják össze az iskolai drogprevenció módszereket. Összegzésük lényegében nem tér el az előzőekben bemutatott módszerektől, csak gyakorlatiasabb.

1. *Szociális asszertivitás tréning*: a tréning feltételezése szerint az alacsonyabb szociális kompetenciájú tanulóknak nagyobb hatással van szüleik, illetve kortársaik drogfogyasztása, mely hatást egyéb tényezők (rossz énhatékonyság, hiányos társas támogatás, stb.) még fokozzák. Az asszertivitást fejlesztő program tíz, ötvenöt perces foglalkozásból áll, ahol a tanulók megismerkednek a drogok hatásaival, a drogozás következményeivel, megtanulnak nemet mondani és ellenállni kortársaik, a felnőttek és a reklámok drogozás felé terelő hatásainak.

2. *Kognitív viselkedéses készségfejlesztő tréning*: a stressz leküzdésének (coping) eszköztáráját bővíti. A program nyolc, egyenként egyórás foglalkozásból áll, ahol

előtérben a problémamegoldó stratégiák, illetve a problémás helyzetek állnak. A cél az, hogy könnyen elsajátítható módszerekkel a diákok megtanulják, hogyan szabadulhatnak meg a stressztől, a szorongástól és a kortársak káros befolyásától. A tréning modellkövetésből, szociális visszacsatolásból és megerősítésből, valamint helyzetgyakorlatokból áll.

3. *Életkészségek fejlesztése*: a módszer az önértékelést növeli, segít ellenállni a kortársak befolyásának (pl. ellenvélemény kialakításával, a csábítás identifikálásával, kommunikációs gyakorlatokkal). A program féléves időtartamú.

Egy új amerikai vizsgálat szerint (*Alcoholism & Drug Abuse Weekly* 14(7):3-4, 2002.) kockázati csoportok tagjai körében is hatékonyak a prevenciós programok. A több helyszínen zajló vizsgálatban 10 500 fiatal vett részt, akik szegények voltak, magas volt körükben a bűnözés és a droghasználat előfordulása. A tapasztalatok szerint a fiúk inkább a program idején változtattak viselkedésükön, vagy a program ideje alatt nem kezdtek el drogozni, míg a lányok esetében a program hosszabb távú hatásokat mutatott. Az is kiderült, hogy a „hatásháló” az igazán hatékony: az iskola, a család és a helyi közösség együttműködése, az ezekről a szinterekről érkező hatások egymást erősítő jellege. Ez a vizsgálat is az életvezetési készségek, a pozitív kortárs kapcsolatok és az önismeret szerepét hangsúlyozza. Fontos tényezőnek bizonyult a program kivitelezése, megtervezése, a célok előzetes kitűzése, majd a célok szerint végrehajtott munka. Szintén fontos volt a résztvevők aktív bevonása, ami kiterjedt az iskolán kívüli szinterekre, illetve tevékenységekre, sőt azokra a helyszínekre is, ahol a veszélyeztető magatartások előfordulnak. A dohányzás, alkohol- és marihuánahasználat első előfordulása 12%-kal alacsonyabb volt a programban résztvevők körében, mint a kontrollcsoport tagjainál, és ez a hatás 6%-os értékben még a 18. hónapban is megfigyelhető volt. Azok között, akik a program indulásakor már használtak pszichoaktív szereket, a használat 10%-kal csökkent a program végére, és ez a 18. hónapos utánkövetéskor 22%-ra emelkedett (ahogy szó volt róla, lányoknál a hatások később jelentkeztek).

A Drogabúzus Nemzeti Intézete a 90-es évektől a prevenció szokásos tagolásával szemben (elsődleges, másodlagos, harmadlagos prevenció – az Egészségügyi Világszervezet ajánlása alapján) egy másik felosztást kezdett alkalmazni. Ezt kiterjesztette az iskolai, illetve a fiatalokat más szintereken érő programokra is (Kumpfer).

- *Univerzális prevenció*: a fiatalok általános populációjára irányul. Pl. ilyen az iskolai programok java része, a médiaprogramok többsége.

- *Szelektív prevenció:* nagy kockázatú egyéneket vagy családokat céloz meg azon az alapon, hogy magas kockázatú csoportok tagjai. Tehát az egyéni szükségletek vagy diagnózisok a prevenció tervezésekor nem lényegesek; a prevenció célcsoportjai azok a csoportok lesznek, melyek epidemiológiai vagy más gyakorlati szempontból kockázati faktorokkal rendelkeznek. Ezek a kockázati faktorok lehetnek demográfiaiak, a pszichoszociális környezettel összefüggők és genetikai vagy biológiai tényezők. Ezek a prevenciós programok hosszabbak, inkább „belenyúlnak” az egyének életébe, és kisebb létszámú csoportokkal dolgoznak, ha csoportmódszereket is alkalmaznak.
- *Indikált prevenció:* többszörös kockázati tényezőket céloz meg diszfunkcionálisan működő családok esetében. Ezeket a családokat – vagy tagjaikat – általában jelzik vagy beutalják speciális intézményekbe valamilyen konkrét, diagnosztizált problémával. Ilyen lehet pl. iskolai bukás, gyermekkori beilleszkedési vagy magatartászavar, droghasználat vagy a szülők részéről a gyerek szexuális vagy fizikai bántalmazása, súlyos elhanyagolása. Ezek a prevenciós programok kiegészülhetnek családterápiás módszerekkel, otthoni családi lelki, szociális vagy gyermekjóléti szolgáltatások igénybevételével. Sokszor egyénekkel vagy egyes családokkal dolgozunk. Ezeknél a prevenciós programoknál a prevenció és a terápia közötti határ meghúzása néha nehéz: pl. a gyerek magatartászavarára irányuló kezelés terápiának minősül, de ugyanez a droghasználat kialakulása szempontjából prevenciós beavatkozásként kategorizálható (ha a gyerek még nem drogozik). A különbségtevés fontos, mert családterápiával csak arra képzett orvos vagy pszichológus foglalkozhat Magyarországon.

Európai uniós tapasztalatok

Az Európai Unióban a prevenciós programok olyan jellegű szisztematikus vizsgálatára nem került sor, mint azt az amerikai példán láttuk. Egyelőre módszertani kérdésekkel foglalkoznak, prevenciós és prevenciós program-értékelő konferenciákat tartanak, és ilyen tartalmú kiadványokat jelentetnek meg (EMCDDA, 1998; Neaman és mtsai, 2000). Ezt a munkát az Európai Drogokkal és Drogaddikcióval foglalkozó Monitorozási Központ (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) végzi. Ugyanez a központ működteti az „Exchange on Drug Demand Reduction Action” (EDDRA) projektet 1999 óta (<http://www.reitox.emcdda.org:8008/eddra/>). Ez az EU keresletcsökkentéssel

foglalkozó programjaiból mutat be egy válogatást (tehát nemcsak iskolai prevenció programokból). Jelenleg (2004. november) 471 program leírása található meg az adatbázisban. A projekt alapvető problémája, hogy gyakorlatilag válogatás és minőségi követelmények nélkül kerülhet be egy program az adatbázisba (tehát ha a programvezető jelentkezik). Ezért az itt szereplő programok értékelése és esetleges követése, adaptálása óvatosságot igényel.

Prevenció programok és az értékelés

A „*Nemzeti stratégia a kábítószer-probléma visszaszorítására*” Országgyűlési határozat is kiemeli az értékelés jelentőségét, nemkülönben az Európai Unió drogellenes akcióterve, ahol egyenesen „*európai értékelési kultúráról*” beszélnek (lásd még Rác, 1999).

Összegzés: az eredményes prevenció elvei

Végül, összegezhethetjük, hogy milyen iskolai prevenció programok tekinthetők hatékonyak. Ahogy erről szó esett, valójában csak általános elveket lehet megfogalmazni, konkrét módszertani ajánlásokat még nem lehet tenni. Most a *Nemzeti Drogabúzus Intézet* (NIDA) 1997-ben meghatározott alapelveit ismertetem. Ezek a következők¹:

- A prevenció programoknak a „protektív faktorokat” kell erősítenie, és csökkenteni a „kockázati”, „veszélyeztető” tényezők befolyását.
- A prevenció programoknak az összes pszichoaktív anyagra ki kell terjedniük (dohányzás, alkohol- és gyógyszerfogyasztás, kábítószer-és inhaláns-használat).
- A prevenció programoknak tartalmazniuk kell olyan készségek fejlesztését, melyek segítenek a fiataloknak ellenállni a drogok kínálásának, erősítik a személyes elkötelezettségüket a drogokkal szemben, növelik szociális kompetenciájukat (pl. kommunikációjukat, kortárs kapcsolataikat, ön-hatékonyosságukat, aszertivitásukat, és megerősítik a drogokkal szembeni attitűdjeiket).
- A prevenció programok interaktívak (pl. csoportos beszélgetéseket alkalmaznak), és a hangsúly nem a didaktikus előadásokon van.
- A prevenció programok bevonják a szülőket; így megerősítik a fiatalok felé továbbított üzeneteket, valamint lehetőséget teremtenek arra, hogy a család ezeket a

témákat megbeszélje, és kialakítsa a család stratégiáját ezekkel az anyagokkal szemben (mit, hány éves korban lehet vagy nem lehet használni).

- A prevenciós programok hosszú távúak, végigkísérik az iskolai pályafutást, ismétlődnek, megerősítve a korábban kitűzött célok elérését.
- A család-központú prevenciós programok hatékonyabbak, mint a csak a gyerekeket vagy csak a szülőket megcélzó programok.
- A közösségi programok, melyek médiakampányokat és stratégiai-politikai változásokat tartalmaznak (pl. alkoholos italok kiszolgálása 18 év alatt, dohányárúk reklámja és forgalmazása) eredményesebbek, ha iskolai vagy családi intervenciókkal párosulnak.
- A közösségi programoknak erősíteniük kell a drogokkal szembeni normákat, minden szinten: az iskolában, a családban és a helyi közösségben.
- Az iskolai programoknak minden, iskolába járó populáció-szegmenst el kell érniük, ezen kívül speciális módszereket kell alkalmazniuk a különösen veszélyeztetett populációkkal kapcsolatban (pl. magatartásproblémás gyerekek, tanulási nehézségekkel küzdő tanulók, potenciális iskolából kimaradók).
- A prevenciós programoknak figyelembe kell venniük az adott közösségben jelentkező drogjelenség speciális természetét.
- Minél nagyobb a kockázat egy adott populációban, annál intenzívebb prevenciós beavatkozásokra van szükség, és annál korábban el kell kezdeni ezeket a beavatkozásokat.
- A prevenciós programoknak életkor-specifikusnak kell lenniük, alkalmazkodniuk kell a fiatalok fejlettségéhez, valamint figyelembe kell venniük a diákok kulturális hátterét.
- A hatékony prevenciós programok költséghatékonyak. Becslések szerint minden prevencióra költött dollár 4-5 dollárnyi megtakarítást okoz a kezelési költségek csökkenésével (és az egyéb költségek, pl. a kriminalitással kapcsolatosak, ebben a számításban nem is szerepelnek).

Hivatkozások

Bandura A (1977): Social Learning Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Botvin GJ, Renick N és Baker E (1983): The effects of scheduling format and booster sessions on a broad-spectrum psychosocial approach to smoking prevention. *J Behav Med* 6(4):359- 379.

Caulkins JP, Rydell CP, Everingham SS, Chiesa J és Bushway (1999): An ounce of prevention . A pound of uncertainty. The cost-effectiveness of school-based drug prevention programs. Drug Research Center, RAND, Santa Monica, CA.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1998): Guidelines for the evaluation of drug prevention. A manual for program-planners and evaluators. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Jessor R és Jessor SL (1977): *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York:Academic Press.

Kumpfer KL: Identification of drug abuse prevention programs. Literature Review. NIDA Resource Center for Health Services Research. www.nida.nih.gov

Neaman R, Nilson M és Solberg U (szerk.)(2000): *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. EMCDDA, Luxembourg.

Rácz J (2000): *Prevenációs programok értékelése*. Ifúsági és Sportminisztérium, Budapest.

Sexter J, Sullivan AP, Wepner SF és Denmark R (1984): Substance abuse: Assessment of the outcomes of activities and activity clusters in schoolbased prevention. *International Journal of the Addiction*, 19,1:79-92.

Rhodes JE és Jason LA (1988): *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Pergamon Press, New York.

Tobler NS (1986): Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program group. *Journal of Drug Issues*, 16,4:537-567.

Tobler NS (1997): Meta-Analysis of adolescent drug prevention programs: Results of the 1933 meta-analysis. In: Bukoski WJ (szerk.): *Meta-Analysis of drug abuse prevention programs*. NIDA Research Monograph 170, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, Rockwell, MD, 5-68.

¹ Részletesen lásd: www.drugabuse.org. Továbbá: Bukovski és Evans: Cost-benefit/cost-effectiveness research on drug abuse prevention: implication for programming and policy. US Dept. Of Health and Human Services, National Institute of Health, NIDA Monograph Series.

Renate Kränzl-Nagel –Mattia Makovec

A gyermekek hátrányos pozíciója

(II. rész)

Gyermekszegénység és gyermekjólét Európában

A gyermekek hátrányos pozíciójáról szóló beszámoló alábbi fejezetében a gyermekszegénységre fókuszálunk, mint arra a tényezőre, amely leginkább meghatározza a gyermekek társadalmi kirekesztődését. A jövedelmi szegénységről szóló tanulmányok nem minden tekintetben fedik le a társadalmi kirekesztődést meghatározó tényezőket, de nagy előnyük, hogy olyan mutatókat tartalmaznak, amelyek relevánsak policy szinten.

A szegénységi ráták alakulása

A nyolcvanas években az angolszász és a dél-európai országokban ugrásszerűen nőtt a gyermekszegénység, ami a problémát a kutatások középpontjába helyezte. Számos tanulmány született ebben a témakörben: Vlemminck és Smeeding (2001), Gordon és Townsend (2000), Cornia és Danziger (1997) elemezték longitudinális vizsgálatokban a gyermekszegénység és az ipari országok jóléti rendszerének összefüggéseit, Bradbury, Jenkins és Micklewright (2001) kutatásukban a szegénnyé válás és a gyermekszegénységből való kikerülés dinamikáját elemezték, míg Micklewright és Stewart (2000 és 2001) valamint Förster és Toth (2000) a kibővített Európa perspektívájában értelmezte a problémát.

Jelen tanulmány az EUROSTAT statisztikai adatbázisában a „Population and Social Conditions” (EUROSTAT, 2004b.) fejezet adatainak elemzésén alapul. Az adatbázis nagy előnye, hogy így az újonnan és a már korábban csatlakozott tagországok szegénységi rátái összehasonlíthatóak.

2001-ben a teljes népességet tekintve a szegénységi ráta az EU-15 országaiban 15%, a gyermekek esetében (0-15 éves korosztály) 19%. A teljes népességen belüli szegénységi ráta a legalacsonyabb Svédországban (10%), Dániában (11%), Finnországban (11%), Németországban (11%) és Hollandiában (11%), meghaladja viszont az EU-15 átlagát az Egyesült Királyságban (17%), Olaszországban (19%), Spanyolországban (19%), Portugáliában (20%), Görögországban (20%) és Írországban (21%). A gyermekeket tekintve (0-15 éves korosztály) a szegénységi ráta a legalacsonyabb Dániában (5%) és Finnországban (6%), az EU-15 átlagát pedig meghaladja az Egyesült Királyságban (24%), Olaszországban (25%), Írországban (21%), Spanyolországban (21%) és Portugáliában (22%).

Ha megvizsgáljuk a teljes populáción és a gyermekpopuláción belüli szegénységi rátákat az egyes országokban a bővítés előtt, akkor megállapítható, hogy 5 ország kivételével a gyermekszegénységi ráták magasabbak. Nagyobb továbbá az országok közötti szórásuk, összhangban a szakirodalomban hivatkozott trendekkel. Érdekes módon, a gyermekszegénységi ráták alacsonyabbak (vagy legalábbis nem magasabbak) a teljes szegénységi rátáknál azokban az országokban, ahol a szegénységi mutató

megközelíti az EU-15 átlagát (15%). Ide tartozik Dánia, Finnország és Svédország, tehát azok az országok, ahol a szociálpolitikának hangsúlyozottan célja a család- és gyermektámogatások biztosítása. A másik két ország, ahol a teljes lakosságéhoz képest a gyermekszegénységi ráta alacsonyabb, Belgium és Görögország.

Ennek ellentmond, hogy azokban az országokban a legmagasabb gyermekszegénységi mutató, amelyek felette vannak az átlagos szegénységi szintnek. A legrosszabbul szereplő országok csoportja meglehetősen heterogén, éppúgy találhatóak benne déli országok, mint angolszászok, holott a két régió eltérő jóléti rendszert vezetett be.

Az újonnan taggá vált országok esetében a teljes népességben a szegénységi ráta 14%, a gyermekek esetében (0-15 éves korosztály) 19%. A teljes népességben belüli szegénységi ráta a legalacsonyabb Csehországban (8%), Magyarországon (10%) és Szlovéniában (11%), a többi országban meghaladja az átlagot. Legmagasabb Észtországban (19%) és Szlovákiában (21%). A gyermekekénél (0-15 éves korosztály) a szegénységi ráta a legalacsonyabb Szlovéniában (9%), Csehországban és Cipruson (mindkét országban 12%). Magyarország esetében a gyermekszegénységi ráta 9%, a többi országban eléri, illetve meghaladja az átlagot. Kiugróan magas értéket, 30%-ot mutat Szlovákiában. Szlovénia és Ciprus kivételével minden országban magasabb a gyermekszegénységi ráta, bár mindkét mutató kisebb szórású, mint az EU-15 országok esetében.

Ha a gyermekszegénységet nemek szerinti bontásban vizsgáljuk 1995-2001 között az EU-15 országaiban, akkor elmondhatjuk, hogy nem mutatható ki szignifikáns eltérés a nemek között, és a vizsgált hét évben általában nem történt lényeges változás – Németország, Ausztria és Belgium kivételével, ahol jelentősen csökkentek az értékek. Hollandiában, valamint nálánál kisebb mértékben Franciaországban és Luxemburgban a férfi neműeknél tapasztalható nagyobb arányú növekedés.

Az adatok értelmezhetőek úgy, mint a gyermekszegénységnek az átlagos szegénységi szintnél magasabb szinten való állandósulása (ez különösen igaz Portugáliára, Spanyolországra, Olaszországra és Írországra). Kisebbségi csökkenésről beszélhetünk Görögország és az Egyesült Királyság kapcsán, ha az 1999 utáni adatok nézzük, de ez messze elmarad a Blair – kormány által tervezettől.

Gyermekszegénység a háztartástípusokkal összefüggésben

A korábban idézett szakirodalmi művekben a szerzők rámutatnak arra, hogy a háztartás nagysága, összetétele és az eltartott gyermekek száma lényegesen befolyásolja a szegénység alakulását. Megvizsgáltuk a szegénység kockázatának előfordulását a háztartásban élő keresők és eltartottak alapján, az Unió teljes szegénységi rátájához viszonyítva. Az országokat összevetve a legnagyobb biztonságban a két keresővel és egy eltartottal rendelkező családok élnek. E családoknak Szlovéniában és Luxemburgban némileg nagyobb az esélye a szegénységre, de ez nem nevezhető jelentősnek. A kétkeresős, két eltartott modellű háztartásokban a szegénység kockázata nagyobb az

uniós átlaghoz képest Magyarországon, Luxemburgban, Máltán, Litvániában, Olaszországban és Spanyolországban. Ha azonban a két keresővel és három eltartottal rendelkező családokat tekintjük, akkor egyedül Svédországban, Finnországban és Belgiumban kisebb a szegénység kockázata, mint az uniós átlag.

Ha egykeresős családokat vizsgálunk, akkor láthatjuk, hogy a szegénység kockázata nagymértékben megnövekszik a tagországok többségében, különösen Cipruson, Lengyelországban, Finnországban, Görögországban, Szlovéniában és Portugáliában. Az uniós átlag alatt található Szlovákia, Litvánia, Lengyelország, Hollandia. Beazonosíthatjuk azt a két eltérő mintázatot, amelyeket az egyes országokról szóló szakirodalom is aláhúz. Az egyik azt mutatja, hogy a háztartások szegénysége a gyermekeke számával növekszik. Azoknál a családoknál, ahol egyedülálló édesanya van eltartott gyermekkel, és azon a családoknál, ahol két felnőtt van három vagy több eltartott gyermekkel, nagyobb a szegénységi ráta a nemzeti szegénységi átlagoknál, és minél magasabb a nemzeti szegénységi ráta, annál nagyobb ez a távolság. Az adatok relatívak Írország esetében, Portugália és Ciprus pedig különösen érintett ebben a kérdésben.

Azoknál a családoknál, ahol két szülő és egy vagy két eltartott gyermek van, kisebb az átlagosnál a szegénység kockázata, de ez a kockázat jelentősen növekszik a második gyermek meglétével, különösen azokban az országokban, ahol magas a szegénységi ráta.

A régi és az új tagállamokat összevetve azt mondhatjuk, hogy a két csoport hasonló eredményeket mutat, de az új tagállamok esetében kisebb a szóródás a szegénységi ráták között a kétszülős háztartások tekintetében. Ennek ellenére, a két szülővel és két gyermekkel rendelkező családok az új tagországokban nagyobb szegénységi kockázattal néznek szembe, mint a régi tagországokban élő hasonló összetételű családok.

Gyermekek és más korosztályokba tartozók szegénységi kockázata

Ha összevetjük a gyermekszegénységet a két másik, a társadalmi kirekesztődés szempontjából veszélyeztetettnek minősülő korosztály (65 évesek vagy a feletti, illetve 16-24 évesek) szegénységi mutatóival, érdekes adatokat találunk. Az EU-15-öt tekintve 6 országban mondható el, hogy az idősebbeknél gyakoribb a szegénység, mint a gyermekeknél (Dánia, Görögország, Írország, Belgium, Ausztria, Finnország), 6 esetben a két korosztály szegénységi mutatói közötti különbség elhanyagolható (Portugália, Egyesült Királyság, Franciaország, Németország, Svédország), és csak 3 országban (Olaszországban, Luxemburgban és Hollandiában) igaz, hogy a szegénység gyakoribb a gyermekek, mint a 65 év feletti körében. Ezzel szemben az újonnan csatlakozó országokat tekintve – Ciprus, valamint Szlovénia kivételével – a gyermekek mindenütt nagyobb mértékben ki vannak téve a szegénység kockázatának, mint az idősek. Ez különösen érvényes az olyan országok esetében, ahol az aggregált szegénységi ráta magas, ilyen például Szlovákia.

A „kisebb” (0-15 éves) és a „nagyobb” (16-24) gyermekek-fiatalok hasonlóan boldogulnak mind az új, mind a régi tagországokban. Az egyetlen kiugró adatot a Skandináv országoknál találjuk, ahol a 16-24 év közötti korosztály tagjai nagyobb veszélyben vannak, mint a náluk fiatalabbak. A másik két kivétel Málta és Szlovákia, ahol ennek éppen az ellenkezője igaz.

Gyermekszegénység és munkaerő-piaci integráció

A gyermekszegénység hátterében okként – az empirikus kutatások szerint (Oxley et al., 2001) – leggyakrabban a szülők munkanélkülisége, alacsony munkaerő-piaci részvétele és alacsony keresete húzódik meg. A gyermekszegénység és a munkaerő-piaci szereplés néhány jellemző adatának kapcsolatát vizsgálva azt mondhatjuk, hogy az EU-15 országaiban a gyermekszegénység pozitívan korrelál az alacsony fizetéssel, és negatívan korrelál a női munkaerővel. Érdekes, hogy a negatív korreláció a női munkaerő és a gyermekszegénység között mind a régi, mind az új tagállamokban markánsan megmutatkozik.

Gyermekszegénység és családi juttatások

A gyermekszegénység csökkentésére az OECD országokban kialakított szociális és családpolitikák hatékonyságának vizsgálatát bemutató legújabb és releváns tanulmányokról készített kitűnő áttekintést Kamerman. Immervoll és Matsaganis az EUROMOD adó/juttatások mikroszimulációs modelljén alapuló családi transzferek gyermekszegénységre gyakorolt hatását tanulmányozták. Az említett munkák néhány releváns információja: Dél-Európában túl sok az olyan gyermeket nevelő család, amelyek számára elérhetetlenek a jövedelemtámogatások, vagy túl kevés juttatáshoz férnek hozzá, ezért a családi juttatások meglehetősen kevésbé képesek hatni a gyermekszegénység ellen; az olyan országokban, ahol bőkezűek a családi juttatások (pl. északi országok), a jövedelmek magukban is elegendőek a gyermekszegénység megakadályozására; a családi juttatások mint a gyermekszegénység elleni küzdelem működő eszközei Hollandiában és Nagy-Britanniában tudják betölteni funkciójukat.

A családi juttatások aránya a szociális kiadások között meglehetősen heterogén képet mutat az Unión belül: 20-30% körül mozog. Az arányok negatív korrelációt mutatnak a gyermekszegénységgel. Írország látszik az egyedüli kivételnek, amióta a kiadásoknak az átlagosnál magasabb szintje összekapcsolódik a magas gyermekszegénységi rátával. Ez a tény, ugyanakkor kétféleképpen lehet értelmezni: a magas kiadások értelmezhetőek a magas szegénységi rátára irányuló kormányzati válaszlépésként, vagy a családi juttatások nem eléggé effektívek a szegénység letörésében.

A gyermekek társadalmi kirekesztődésének egy másik aspektusa: részvétel az oktatásban

A korai iskolaelhagyók számát a Laeken-indikátor mutatja, amely a társadalmi befogadás hivatalos uniós mérőszámaiból áll. Ez a 18-24 közötti fiatalok korcsoportján belül vonatkozik azokra, akik csak alacsonyabb szintű középiskolai oktatásban vettek részt, és nem vonódtak be semmilyen oktatási vagy képzési programba. Az indikátor értelmezhető úgy, mint egy hiátus az emberi tőkében, mivel azok, akikre vonatkozik, később sem fognak tudni bekapcsolódni az oktatásba.

Ha összevetjük az EU-15 országainak eredményeit 1995-ben és 2002-ben, feltűnő eltéréseket mutathatunk ki az országok között. Általában viszont elmondható, hogy a nők csaknem minden országban sokkalta jobban szerepelnek.

Az általános tendencia Európa-szerte a korai iskolaelhagyók számának csökkenése, Írország kivételével, amely éppen az ellenkező mintázatot mutatja. Ugyanezt elmondhatjuk Dél-Európáról (Portugáliáról és Spanyolországról) is, ahol tartósan magas az iskolából korán kilépők aránya. A férfiak esetében 2002-ben egyedül Ausztriában esik ez a mutató 10% alá, 10-20% között mozog a tagországok többségében, a 20%-ot Portugáliában, Spanyolországban, Olaszországban és Írországban haladja meg. A nőket tekintve Portugália és Spanyolország mutat kedvezőtlenebb adatokat a többi országnál, ahol egyébként az arány 10-20% közé esik.

A fentebb jelzett, férfi és nőnemű iskolaelhagyók közti különbségek jelentősnek mondhatóak néhány újonnan csatlakozott országban is. Ugyanakkor ezekre az államokra általánosan érvényes, hogy a korai iskolaelhagyók számának tekintetében kevésbé drámai képet mutatnak, mint a régebbi tagországok. Ha Máltát nem nézzük (2002-ben itt az arány a férfiak esetében majdnem 60%, a nők esetében közel 50% volt), akkor ez az arány 10% alá esik mindkét nemnél az új tagországok többségében, kivéve Litvániát, Lettországot és Magyarországot, de ebben a három országban sem éri el a 15%-ot egyik nem esetében sem.

